

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

Revista fundada em 1904 sob o título "REVISTA PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA"

VOLUME LXXVIII

N.º 6

Dezembro de 1959

Neste número:

Trabalhos Originaes:	Pág.
<i>Avenida do edico e das</i> — Drs. ERMEN DE OLIVEIRA e OSWALDO GUTILA	365
<i>Contribuição al estudio de San Lucas, médico</i> — Dr. EUGENIO José ROSEL SÁIZ	371
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Oncologia	325
Cirurgia	326
Higiene e Medicina Tropical	330
Medicina	339
Sociedade Médica São Lucas	346
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	350
Vida Médica de São Paulo:	
Homenagem ao prof. Cantídio de Moura Campos	352
Discurso de agradecimento do professor Cantídio de Moura Campos	355
Odeira do Médico Médico	356
Convenções Médicas:	
XI Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatría	362
Literatura Médica:	
Livros recebidos	363
Separetes e folhetos recebidos	363
Índice Geral do Volume LXXVIII	375
Boletim do Sanatório São Lucas:	
Cirurgia e cirurgides no Peru e nos Estados Unidos — Dr. FRANCISCO RIBEIRO	85
Sanatório São Lucas — Movimento Cirúrgico	95
Sociedade Médica São Lucas — Comunicações Internas	96

Redação:



SANATÓRIO SÃO LUCAS

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinga, 215 — Caixa Postal 1.574 — São Paulo, Brasil

MEPRO

Fórmula:

Meprobrato	0,400	g.
Vitamina B ₁	0,010	g.
Reserpina	0,0001	g.
Excipiente q. s. p.	0,500	g.

INDICAÇÕES

- Como relaxante muscular
- Agente tranquilizador
- Estados ansiosos e tensionais
- Alcoolismo
- Medicação sedativa.

MODO DE USAR:

3 a 4 comprimidos ao dia, ou como determinar o médico

(Venda sob prescrição médica)

Licença pelo S. N. F. M. sob N.º 841/57

Farm. M. F. LANGONI

GLUCOSSARA

Fórmula:

Vitamina C	0,500	g
Vitamina B ₁	0,100	g
Vitamina B ₂	0,050	g
Glicocola	0,050	g
Sol. glicosada a 30% q. s. p.	10,00	cm³

INDICAÇÕES

- Medicação tônica
- Estados tóxicos ou tóxico infecciosos
- Hipovitaminoses
- Desnutrição
- Convalescença
- Afecções hepáticas

MODO DE USAR:

1 a 2 ampólas diariamente por via endovenosa,
ou segundo a indicação médica.

(Venda sob receita médica)

Licença pelo S. N. F. M. sob N.º 825/41

Farm. M. F. LANGONI

★

LABORATÓRIO PHARMA

MARCELLO MASSARA & CIA.

Rua Taketinguera, 164 — São Paulo, Brasil

No controle das

HEMORRAGIAS

espontâneas

Durante e após o ato cirúrgico

“PREMARIN”

— ENDOVENOSO —

hemostático fisiológico.

Acelera a

COAGULAÇÃO

Eleva os níveis de

protrombina e de globulina aceleradora

e deprime a

antitrombina.

**Produz, amiúde, a hemostase dentro de
15 a 30 minutos após a injeção**

A dose de 20 mg. é geralmente, suficiente para o controle do sangramento. Até esta data, após mais de um milhão de injeções, não foi relatado nenhum caso de toxicidade nem de formação de trombos



Produtos Farmacêuticos e Biológicos

AYERST DO BRASIL S/A.

Rua Varnhagen, 44 — sobreloja — Tel.: 33-4477 — São Paulo

Rua do Rosário, 170 - 2.º and. — Tel. 32-9054 — Rio de Janeiro



Por que ter idéias fixas?

Dinistenile

Agora, também com **B 12**
em ampolas e drágeas

Esgotamentos físicos e psíquicos; stress de origem infecciosa, traumática, cirúrgica, ou por excesso de trabalho; psicose depressiva; hipoevolução psíquica e deficiências da personalidade; anemias perniciosas e perniciosiformes, secundárias às intervenções no aparelho gastrointestinal, à gravidez, à pelagra e ao espru.

AMPÔLAS de 2 cm³: de 1 a 3 ao dia, por via intramuscular ou endovenosa.

DRÁGEAS: de 1 a 4 ao dia.



PRAVAZ - RECORDATI,
LABORATÓRIOS S. A.



Rua Michigan, 629 — São Paulo

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

★

Assinat. por 1 ano Cr\$ 500,00 — Estrang. US\$ 7,50 — Número avulso Cr\$ 50,00

(Nos trabalhos publicados é respeitada a redação dos autores)

VOL. LXXVIII

DEZEMBRO DE 1959

N.º 6

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE CANCEROLOGIA

Sessão em 13 de março de 1959

Presidente: *Dr. Alfredo Abrão*

A ooforectomia bilateral no tratamento do câncer da mama complicado pela gravidez. Dr. Georges Arié.

— O autor salienta que a presente comunicação é feita como registro de conduta, a propósito de um caso de câncer agudo da mama complicado por gestação, e que se presta a comentários sobre a orientação que deve ser seguida, caso por caso, bem como permite tirar conclusões de ordem ética em bases fisiopatológicas.

Chama a atenção para o fato dos carcinomas da mama complicados pela gravidez assumirem formas de maior virulência, apresentando-se frequentemente sob o tipo de câncer agudo, o que leva o especialista a encarar o problema com angústia, arriscando o sacrifício de duas vidas ou tendo que optar por uma delas. A interrupção da gravidez, indicada por certos autores, é condenada pelo autor, em cujo Serviço, no Instituto Central-Hospital A. C. Camargo, não permite tal prática, não só em razão de princípios deontológicos, como também pelo fato segundo o qual, nesses casos, não pa-

rece o abortamento exercer qualquer influência sobre o curso da moléstia.

Apresenta os dados colhidos por White e White Jr. e baseados em levantamento mundial sobre 45 881 portadoras de câncer da mama, que indicam a existência de complicação constituída pela gestação em 2,8%. A probabilidade que tem o obstetra de surpreender esses casos é pequena, já que o câncer mamário aparece 3 vezes em 10 000 gestações. Não considera, na presente comunicação, os casos de mulheres que apresentaram a neoplasia mamária no puerpério.

Faz a seguir um histórico da castração cirúrgica como meio terapêutico no câncer da mama, discutindo e analisando os três aspectos fundamentais de seu alvo: 1) preventivo em relação às metástases eventuais; 2) curativo em relação ao tumor primitivo e suas metástases; 3) paliativo, salientando que nesta reside sua melhor indicação, cujo resultado é de dois anos em média, podendo atingir 7 ou mais.

O autor passa a estudar os problemas de ordem endócrina que ocorrem durante a gestação. Salienta o fato da produção de esteróides por parte da supra-renal do feto suprir a função do ovário materno a partir do 3.º mês de gestação, fato esse sobre o qual assenta a possibilidade da castração durante esse período.

Salienta ainda a opinião de Jamain, Legro e Ennuyer, cuja estatística de sobrevida é satisfatória, tratando as pacientes pela radioterapia, castração cirúrgica e hormonioterapia androgênica, passando a apresentar o caso que serviu de base à comunicação, e no qual a castração cirúrgica e a hormonioterapia androgênica permitiram o nascimento a termo e subsequente tratamento da lesão primitiva materna, que era constituída por câncer agudo da mama.

A reparação plástica com nylon nas ressecções da parede abdominal. Drs. Antônio Franco Montoro e Fernando Gentil. — Os autores relatam a experiência obtida pelo emprego do nylon nas reparações da parede abdominal, após ressecções alargadas da mesma, motivadas pela presença de neoplasias.

Referem o uso do plástico em 3 pacientes (em dois deles, tardiamente, após a ocorrência de eventrações provocadas pelo malôrgo das reconstruções feitas à base de estruturas autógenas). Em um terceiro caso, a utilização foi imediata à ressecção do tumor. O nylon foi empregado sob duas formas: tecido e tela (uma vez a primeira e duas vezes a última) com resultados igualmente eficientes. Os autores não observaram recidiva da eventração, eliminação do plástico ou infecção do leito operatório em quaisquer dos pacientes. Como única complicação relatam a ocorrência de secreção sero-sangüinolenta, de reduzidas proporções quando utilizaram a tela.

Concluem que o nylon substitui vantajosamente o tântalo em vista da sua facilidade de obtenção.

Lobectomia hepática direita regrada e alargada, por câncer da vesícula biliar. Dr. Sílvio Cavalcanti. — O autor apresenta um caso de lobectomia hepática direita regrada e alargada com os segmentos quadrados e caudado, por carcinoma da vesícula biliar, operada em setembro de 1958 com êxito. Justificando a extensão da intervenção aos segmentos do lóbo esquerdo refere-se à extensão do tumor, que media cerca de 13 x 11 cm em seus maiores diâmetros. É esta a segunda intervenção regrada realizada no território nacional.

Razões e indicações para a ampliação da mastectomia radical. Dr. Alfredo Abrão. — Como razões o autor apresenta os resultados de 5 anos obtidos pela mastectomia radical clássica, que são de cerca de 75% no estágio I e de cerca de 35% no estágio II. Nos estádios III e IV a sobrevida assintomática é de, praticamente, 0%. Esses resultados são devidos a: 1) no estágio I há metástases na cadeia mamária interna em cerca de 15%; 2) no estágio II há metástases na cadeia mamária interna em cerca de 50%, e na fossa supraclavicular em cerca de 20%; 3) no estágio III (casos selecionados), foram encontradas metástases na cadeia mamária interna em 70% e na fossa supraclavicular em 42%.

Diante desses resultados, o autor propõe a seguinte conduta: *Estádio I* — Tumores localizados na metade externa, mastectomia tipo Halsted. Tumores localizados na metade interna, mastectomia tipo Margottini-Urban. *Estádio II* — Mastectomia radical ampliada com esvaziamento ganglionar axilar, supraclavicular e da cadeia mamária interna. *Estádio III* — Alguns casos podem sofrer esta mastectomia ampliada.

Em seguida, o autor apresentou os achados histopatológicos de 23 mastectomias realizadas pela técnica de Margottini-Urban e de 92 efetuadas pela mastectomia radical ampliada com triplíce esvaziamento ganglionar.

AMINO-CRON

— T Ó P I C O —

Succinato de sulfanilamida sódica	6,25 g
Mercurocromo	2,00 g
Glicerina	5,00 g
Água fervida	100 cm ³

*No tratamento tópico das infecções
estrepto-estafilocócicas*

AMINO-CRON

— C I R Ú R G I C O —

Sulfanilamida — Mercuro-
cromo — Alcool — Acetona.

*Uso tópico, pré-operatório —
Assepsia local*



LABORATÓRIO YATROPAN S. A.

Av. Brigadeiro Luís Antônio, 290 — Telefones: 35-8485 e 35-1013

DEPARTAMENTO DE CIRURGIA

Sessão em 19 de março de 1959

Presidente: Dr. David Rosenberg

Resultados do tratamento cirúrgico da estenose mitral. Dr. Hugo João Felipozzi. — A comissurotomia mitral é hoje reconhecida universalmente como método de baixo risco e eficaz para o tratamento de razoável número de portadores de estenose mitral, desde que seja feita seleção adequada dos casos.

Em 174 comissurotomias mitraes realizadas no "Instituto de Cardiologia Sabbado D'Angelo" ocorreram apenas 8 óbitos hospitalares, dando mortalidade operatória e pós-operatória imediata de 4,5%. Deve ser assinalado que, naquele total de comissurotomias, se incluía número apreciável de pacientes na fase evolutiva final da moléstia, isto é, no grupo funcional IV. Na série de 174 pacientes, 3 apresentavam estenose aórtica associada à estenose mitral, tendo sido realizada no mesmo ato cirúrgico a correção das duas lesões. Para tal, empregou-se como via de acesso a toracotomia direita, com excelente tolerância à operação. Em outros 4 pacientes, a comissurotomia mitral foi também realizada por toracotomia direita, fazendo-se o acesso intracardíaco através da aurícula esquerda, depois de dissecado o sulco interatrial. Tal via foi utilizada na impossibilidade de se usar o acesso clássico, dada a presença de trombose extensa da aurícula esquerda.

Uma boa noção dos efeitos da cirurgia sobre a longevidade dos portadores de doença mitral, é dada pelo trabalho de Donzelot e colaboradores. Estes autores estudaram a mortalidade comparativa entre grupos de pa-

cientes operados e não operados, no mesmo período de tempo. De 163 operados, 81% melhoraram e 9,7% faleceram. No mesmo período de observação, 49% de 120 pacientes, classificados como inoperáveis, faleceram. E num grupo de 19 pacientes classificados como passíveis de correção cirúrgica, mas que não foram operados, a cifra de mortalidade atingiu 58%.

Em nossa série de 174 pacientes com seguimento de até 6 anos, verificamos mortalidade de 5,1%, tendo os óbitos ocorrido entre 3 meses e 5 anos após a cirurgia.

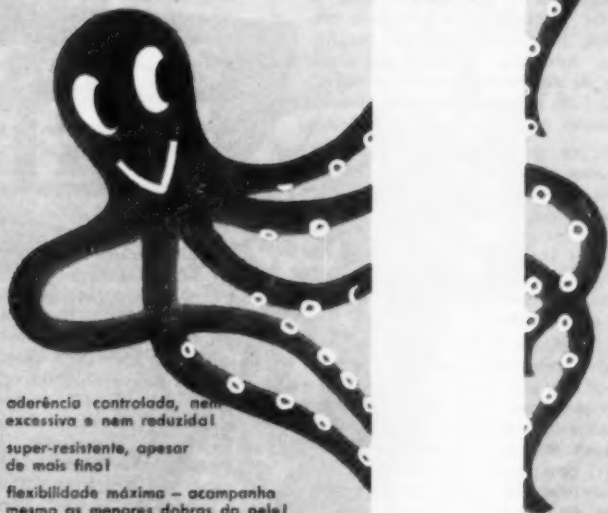
Para a avaliação dos resultados desta cirurgia, separamos 103 dos 174 comissurotomizados, tendo os mesmos sido examinados repetida e periodicamente pelos cardiologistas da nossa instituição, entre 2 e 6 anos após a comissurotomia mitral.

Os resultados obtidos foram classificados avaliando-se a capacidade funcional dos pacientes, segundo as normas traçadas pela "American Heart Association", com o seguinte critério nas denominações: a) *Bom*: pacientes que se encontram no grupo funcional I ou que melhoraram 2 grupos após a cirurgia. b) *Regular*: pacientes que melhoraram 1 grupo após a cirurgia. c) *Inalterado*: pacientes que permaneceram no mesmo grupo funcional. d) *Piorado*: pacientes que pioraram de grupo após a cirurgia.

Obedecendo a este critério na classificação dos 103 pacientes comissurotomizados e com evolução de 2 a 6 anos verificamos os resultados abaixo discriminados:

	<i>Bom</i>	<i>Regular</i>	<i>Inalterado</i>	<i>Piorado</i>
1. ^o ano	73 (70,9%)	20 (19,5%)	19 (8,7%)	1 (0,9%)
2 a 6 anos	16 (59,0%)	18 (18,0%)	24 (23,7%)	

**com aderência
controlada!**



- aderência controlada, nem excessiva e nem reduzida!
- super-resistente, apesar de mais fino!
- flexibilidade máxima - acompanha mesmo as menores dobras da pele!
- despenrola facilmente, não ofende a pele ao ser retirado!
- massa adesiva absolutamente branca. Não causa irritações, mantém por mais tempo sua aderência!
- fácil de rasgar!
- impermeabilidade total, uniforme e perfeita!



ESPARADRAPO

Johnson

Observamos que, nas evoluções tardias (2 a 6 anos), 17 pacientes que haviam apresentado bons resultados na avaliação de 1 ano pós-operatório, perderam parte ou todo o benefício alcançado com a cirurgia. No estudo dessas evoluções encontramos os seguintes fatores que ocasionaram as piores: recorrência de atividade reumática, fibrilação auricular, insuficiência coronária, enfarte pulmonar, além de alguns cujas válvulas mitrais já tinham sido consideradas más na avaliação cirúrgica intra-operatória.

Em contraposição, 5 pacientes apresentaram melhora na avaliação tardia, tendo sido classificados inicialmente como tendo obtido resultado regular e posteriormente como bom. Em todos eles verificou-se que o fator de melhora foi a cessação da atividade reumática presente durante o primeiro ano pós-operatório.

Na ausência de fatores que influam sobre o miocárdio, principalmente a recorrência de cardite reumática, a obtenção e manutenção dos bons resultados da cirurgia da estenose mitral depende do grau de restauração valvular conseguido na operação. A comissurotomia mitral consegue correção da obstrução valvular em número razoável de casos. No entanto, em lesões avançadas, com extensas calcificações e deformidades do aparelho valvular, a técnica atual é frequentemente insatisfatória, podendo até produzir insuficiência mitral severa ou mesmo fatal se a ação do cirurgião for intempestiva.

A fim de avaliarmos estatisticamente o grau de restauração valvular conseguido pela técnica presente, em face das alterações anátomo-patológicas encontradas nas válvulas mitrais dos 103 pacientes cujos resultados clínicos foram estudados acima, estabelecemos o seguinte critério: 1) *Bom* estado valvular após a cirurgia, quando a área obtida era maior que 350 mm², não havia estenose subvalvular e as lacínias eram flexíveis. 2) *Regular* estado valvular após a cirurgia, quando a área obtida era igual ou maior que 350 mm², com persistência de estenose valvular parcial e as lacínias eram pouco flexíveis. 3) *Mau* estado valvular após a cirurgia quando a área obtida era menor do que 350

mm² com ou sem refluxo sistólico, havendo persistência de estenose subvalvular e as lacínias mostravam-se rígidas, quer por fibrose ou por calcificações.

Com este critério verificamos que, dos 103 pacientes, 51,5% apresentavam válvulas em bom estado após a cirurgia, 26,2% em estado regular e 22,3% em mau estado.

Apesar de alguns pacientes portadores de válvulas classificadas como em estado regular ou mau, após a cirurgia, conseguirem resultados clínicos bons, na grande maioria deles houve concordância muito próxima dos resultados tardios com a classificação valvular. Estes dados demonstram que, em futuro próximo, deverá ser considerada a indicação da cirurgia sob visualização direta, com o emprego da circulação extracorpórea, para a correção da estenose mitral, principalmente nos casos com calcificações ou alterações anômicas complexas do aparelho subvalvular. Outras indicações serão os casos de dupla lesão, de trombose de aurícula esquerda, de reoperações ou de portadores de lesões associadas passíveis de correção simultânea (estenose aórtica e tricúspide).

Com as intervenções a céu aberto, a restauração da função valvular poderá ser obtida em pacientes com válvulas mais seriamente comprometidas, aumentando assim o número de bons resultados clínicos persistentes.

Resultados do tratamento cirúrgico da estenose mitral. Dr. E. J. Zerbini.

— Vamos apresentar alguns dados sobre a nossa experiência no tratamento cirúrgico da estenose mitral pura ou predominante. Excluímos destes grupo os pacientes portadores de duplas lesões mitrais com predomínio da insuficiência mitral, e os casos de insuficiência mitral pura. Assim, no grupo das estenoses mitrais, contamos com 399 pacientes observados no período de maio de 1951 a dezembro de 1958, sendo 340 (85,21%) estenoses mitrais puras e 59 (14,79%) estenoses mitrais predominantes. No grupo das estenoses puras, houve predominância dos pacientes da década 21-30 anos (45,29%), estando em segundo lugar os pacientes entre 31 e 40 anos (28%);

TRIUNFANDO através dos tempos e de
 geração em geração, como a linhagem
 dos animais puro-sangue, CODEINA e
 CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram
 tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA - CLOR. DE ETILMORFINA)



FÓRMULA

Cloridrato de Etilmorfina ...	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Balsamo Tolu concentrado, q.s.	1 cc

MODO DE USAR

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério médico.

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

R. Ruy Barbosa, 377 — Fones 36-8075 - 33-3426 — C. Postal 1874 — S. PAULO

somente 11,76% dos pacientes apresentavam mais de 4 anos. Entre as estenoses predominantes, o maior grupo etário foi o de 31 a 40 anos (38,98%), e 23,72% dos pacientes apresentavam mais de 40 anos. Estudando o fator sexo, verificamos, entre as lesões puras, 70,58% de mulheres e 29,42% de homens, ao passo que, entre as duplas lesões, observamos 59,32% de mulheres e 41,67% de homens. O estudo do ritmo cardíaco dos pacientes operados mostrou 18,52% de fibrilação auricular no grupo das lesões puras e 35,59 no grupo das estenoses predominantes. A incidência de calcificações foi de 18,82% entre as lesões puras e de 64,40% entre as duplas lesões.

Esses dados mostram que, entre as duplas lesões, com predomínio da estenose, houve maior número de homens, maior número de casos com fibrilação auricular e maior número de calcificações na válvula mitral. Nos casos de estenose mitral pura, encontramos trombos na aurícula ou na aurícula em 23,82% dos casos e, nas estenoses predominantes, os trombos estavam presentes em 23,72% dos casos. Nas estenoses puras, a comissurotomia foi digital em 70,58% dos casos e instrumental em 32,08%; nas estenoses predominantes, a comissurotomia foi digital em 61,01% dos casos, e instrumental em 44,06% dos casos.

A avaliação da comissurotomia foi também diferente nos dois grupos. Consideramos uma comissurotomia ótima aquela em que foram abertas, totalmente, as duas comissuras e foi satisfatoriamente tratado o aparelho de sustentação da válvula; este resultado foi conseguido em 22,94% das lesões puras e em 13,55% das duplas lesões. A comissurotomia foi considerada satisfatória, quando a válvula ficou amplamente aberta, à custa de uma comissura ou de ambas, embora uma delas estivesse parcialmente aberta, e o aparelho de sustentação, tratado satisfatoriamente; este resultado foi conseguido em 52,32% das lesões puras e 61,01% das lesões predominantes. A comissurotomia foi considerada regular quando, aberta uma ou ambas as comissuras, o orifício não ultrapassava o diâmetro do dedo, ou

o aparelho de sustentação da válvula não estava eficientemente tratado; este resultado foi conseguido em 9,41% das lesões puras e em 15,25% das lesões predominantes. A comissurotomia foi considerada má em 1,47% das lesões puras e 10,16% das lesões predominantes. A estenose subvalvular, elemento importante nos resultados da operação, estava presente em 17,34% das lesões puras e em 20,32% das duplas lesões, tendo sido desfeita em 8,32% do primeiro grupo e em 13,55% do segundo.

Sem dúvida, a complicação mais grave da comissurotomia mitral é a embolia. No grupo de pacientes com estenose mitral pura, observamos 16 casos (4,68%) de embolias. Em 4 casos a embolia cerebral verificou-se durante a operação, seguida de óbito (1,17%). Nos demais casos o acidente verificou-se nas primeiras horas do pós-operatório. Observamos 7 casos de embolias cerebrais pós-operatórias, 5 das quais foram fatais (1,47%) e 2 não fatais (0,58%). Contamos também 5 casos de embolias periféricas, sendo 3 fatais (0,88%) e 2 não fatais (0,58%). No grupo das duplas lesões mitrais com predomínio da estenose, apenas observamos 4 embolias (6,8%), sendo 3 embolias cerebrais não fatais (5,1%) e 1 embolia periférica não fatal (1,7%).

Nossa mortalidade, nos casos de estenose mitral pura, foi de 5,46%. No início de nossa série, observamos 5 óbitos por parada cardíaca e fibrilação ventricular (1,47%), quando ainda não tínhamos experiência suficiente para o tratamento eficiente da parada cardíaca; outros 4 pacientes (1,17%) faleceram logo após a operação em consequência de embolias cerebrais. As principais causas de morte no pós-operatório imediato (30 dias) foram: a embolia cerebral (1 caso), a endocardite bacteriana (3 casos), as embolias periféricas (4 casos), a insuficiência cardíaca (1 caso) e o choque incontrolável (1 caso).

Nos casos de duplas lesões mitrais, a mortalidade imediata foi de 6,76%, sendo as causas de morte a embolia cerebral (1 caso), a endocardite bacteriana (1 caso) e a insuficiência cardíaca (2 casos).

Tivemos a oportunidade de estudar os resultados tardios da comissurotomia mitral na estenose mitral pura, em colaboração com Borges e outros colaboradores, e apresentamos um resumo desse estudo.

Trata-se de um grupo de 142 casos de estenoses mitraes puras, acompanhadas, cuidadosamente, durante um período de 2 a 6 anos após a operação: 46,04% desses pacientes foram operados entre 21 e 30 anos e 33% entre 31 e 40 anos; 80,9% eram do sexo feminino e 19% do sexo masculino.

Os resultados foram classificados em ótimos, bons, regulares e maus, de acordo com rigoroso critério clínico. Os resultados ótimos foram observados em 50% dos pacientes com 2 anos de operação, 40,2% com 3 anos, 38% com 4 anos, 26% com 5 anos e 50% com 6 anos (neste grupo estavam apenas 2 casos). Observamos, pois, que os resultados ótimos diminuem progressivamente com o passar dos anos, e o mesmo observamos com os resultados bons; o inverso foi observado com os resultados regulares, que subiram de 17,6% no 2.º ano para 33,3% no 5.º ano. Procurando estudar a causa desses resultados, os pacientes de cada grupo foram divididos em subgrupos, de acordo com a avaliação técnica da comissurotomia feita pelo cirurgião, sendo essa técnica classificada em ótima, boa, regular ou má. O estudo desses dados mostrou claramente que a maior parte dos pacientes nos quais foi feita uma ótima comissurotomia, apresentava ótimo resultado (47%), alguns apresentavam bom resultado (14,7%), mas vários pacientes, apesar de uma ótima operação, apresentavam resultado regular (11,7%) ou mau. Por outro lado, observamos que operações tecnicamente classificadas como más, apresentavam grande percentagem de resultados regulares ou maus, mas, em 15,6% dos casos apresentavam bons resultados. Esses dados levaram-nos a admitir que não é somente a técnica cirúrgica que influi nos resultados tardios, mas que há vários outros fatores que alteram os resultados de uma boa comissurotomia. Para entendermos mais pormenorizadamente esses fatores, tomamos um grupo

de 49 comissurotomias feitas em pacientes com ritmo sinusal, sem reumatismo, sem gravidez e sem insuficiência mitral criada durante a operação; esses fatores foram considerados como os responsáveis pela alteração dos resultados da cirurgia. Assim, afastadas essas concausas que alteravam o julgamento do fator técnica cirúrgica, observamos, nesse grupo de 49 casos escolhidos, que, em 14 casos operados com técnica ótima, houve 85,7% de resultados ótimos e 14,2% de resultados bons; essa correlação íntima entre a técnica e os resultados tardios, foi também demonstrada para as operações de técnica boa e regular.

Ficou bem claro, do estudo desses pacientes, que vários fatores influem no resultado tardio das comissurotomias mitraes, sendo os principais: a técnica cirúrgica conseguida, a presença da fibrilação auricular pós-operatória, a idade do paciente, a atividade reumática, a gravidez e a presença de refluxo mitral após a comissurotomia.

Em um grupo de 41 casos em que foi conseguida ampla comissurotomia e nos quais não estava presente nenhuma das outras concausas acima referidas, os resultados tardios foram os seguintes: ótimo persistente 80,4%; evolutivo a bom 4,8%; bom persistente, 9,7%; evolutivo a regular, 2,4% e regular persistente, 2,4%. Assim, era evidente que uma boa técnica, na ausência de concausas, dá um bom resultado. Por outro lado, tomamos outro grupo de 101 pacientes em que estavam presentes um ou mais dos fatores que influem no resultado final, e que acima foram expostos, e observamos: resultado ótimo persistente, 20,7%; evolutivo a bom, 10,2%; bom persistente, 12,8%; evolutivo a regular 23,7%; regular a persistente 9,9%; evolutivo a mau 10,8%; mau persistente 4,9% e óbitos 5,9%.

Com os dados acima expostos, procuramos demonstrar que vários fatores influem no resultado tardio de uma comissurotomia mitral; esses fatores explicam porque, com a mesma técnica, podemos ter resultados diferentes em pacientes diferentes.

Em geral, nas estenoses predominantes, os resultados são inferiores

aos conseguidos nos pacientes portadores de estenose mitral pura.

Comissurotomia mitral. Dr. Bindo Guida Filho. — Do ponto de vista do cirurgião, a comissurotomia mitral oferece os seguintes aspectos:

Comissurotomia simples: Todas as condições são favoráveis para a cirurgia: a auricular é a via natural para a cardiectomia; a hemostasia na sua base, por sutura em bolsa, permite a realização do tempo intracardiaco cômoda e seguramente. As cúspides não têm cálcio e estão acoladas de maneira favorável para a abertura. Não há trombo intracardiaco. Operamos 25 casos nestas condições, com resultados imediatos excelentes.

Comissurotomias complicadas: Neste grupo incluímos as operações que, por fatores diversos, escapam da padronização clássica. Em nossa experiência relatamos os seguintes casos:

a) *Aurícula pequena* — O tamanho da aurícula não permite a introdução do dedo indicador; mantem-se a cardiectomia pela aurícula fazendo a comissurotomia com o dedo mínimo ou tenta-se alargar a aurícula com o dedo mínimo para permitir a introdução do indicador ou muda-se a via de acesso intracardiaca, que será por abertura do atrio ou da veia pulmonar. Nesta hipótese, as condições da cardiectomia são menos favoráveis que a clássica, devendo ser executadas quando não há outra possibilidade. Em um caso, diante desta complicação, alargamos a aurícula com o dedo mínimo, o que permitiu a passagem do indicador com a rotura da aurícula, que foi corrigida.

b) *Trombose intracardiaca* — Nem sempre previsível, muitas vezes é um achado operatório depois da cardiectomia ou antes da cardiectomia quando, pela inspeção, não se nota pulsatilidade ou verifica-se, à palpação, perda da elasticidade da aurícula e atrio. O trombo de tamanho reduzido é isolado e eliminado com facilidade pela abertura momentânea do clampê hemostático. Os trombos grandes, antigos, firmemente aderentes, poderão ser atravessados pelo dedo indicador. Em 5 casos com trombose os trom-

bos foram enucleados com facilidade e, destes, 4 casos evoluíram satisfatoriamente (um apresentou embolia cerebral no pós-operatório 24 horas depois da cirurgia, tendo evoluído favoravelmente).

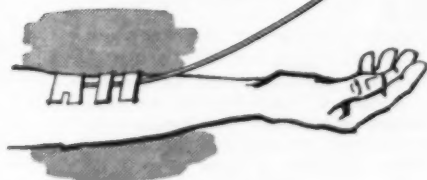
c) *Cálcio nas cúspides* — A presença de cálcio em muitos casos é verificada por exame radiológico. Esta informação é de valor muito relativo para o cirurgião, pois não contraindica a cirurgia e, por outro lado, existem casos com exame radiológico negativo que apresentam cálcio à exploração digital. De 5 casos que apresentavam cálcio nas cúspides tivemos um caso de embolia cerebral diagnosticada pela presença de tetraplegia e afasia ao término da anestesia, com óbito do operado no 54.º dia pós-operatório. Em outro caso a embolia cerebral se manifestou por inconsciência e hemiplegia flácida esquerda 24 horas depois da cirurgia; este caso foi recuperado.

É oportuno discutir o valor da manobra de Bailey, que é a obstrução temporária das carótidas: em nossa série de casos de estenose mitral pura, 3 pacientes tiveram indicação pela presença de trombo antigo, enucleados com dificuldade; destes, 2 tiveram embolia cerebral imediata. Por outro lado, existem casos de embolia cerebral que se manifesta no período pós-operatório depois de um período assintomático, o que demonstra claramente que a embolia se instalou tardiamente. Um de nossos últimos casos, considerado de cirurgia simples, apresentou embolia da poplítea 24 horas depois da operação. O uso da manobra somente se justifica em casos muito especiais.

d) *Parada cardíaca* — Este acidente se instala desde o período de indução anestésica até as primeiras horas pós-operatórias. Tivemos um caso de fibrilação ventricular, no término do fechamento da toracotomia. Alertados pelo anestesista, reabrimos o tórax e, com as medidas clássicas, o doente foi recuperado.

Comissurotomias difíceis: A elasticidade das cúspides dificulta a abertura das comissuras, pois as cúspides cedem à pressão digital, impedindo a comissuroclasia. Damos preferência à

**do laboratório...
ao paciente**



oferecem sempre

- ★ pureza inexcelável
- ★ precisão invariável
- ★ confiança absoluta

SOLUÇÕES

BAXTER

Até chegar ao paciente, as Soluções Baxter passam por toda uma série de rigorosíssimos testes para lhes assegurar o mais alto padrão de qualidade. Eis porque a Classe Médica confia nas Soluções Baxter - o máximo em terapêutica parenteral de dosagem maciça.

SOLUÇÕES BAXTER

Fabricadas no Brasil por

INDÚSTRIAS QUÍMICAS MANGUAL S. A.

Matriz: Rio de Janeiro - R. Real Grandeza, 293 - Tel.: 46-8050 - Cx. P. 3.705 - Teleg.: "Picot"

Laboratórios: Duque de Caxias (RJ) - Rua Campos, 543

Filial: São Paulo - Rua Manoel Dutra, 218 - Telef.: 32-9826 - Enderço Telegráfico: "Baxter"

comissurotonia ungueal e procuramos sempre iniciar a abertura das comissuras com a unha, o que conseguimos em 11 casos, terminando com pressão da polpa do dedo. Quando não é possível ter-se a incisão inicial com a unha lançamos mão de instrumento auxiliar, dando preferência ao bisturi de Hilário, que é introduzido facilmente, manejado com facilidade para ser adaptado na zona de secção inicial e, a seguir, a dilatação é completada com o dedo. Em 10 casos usamos o instrumento auxiliar. A estenose subvalvar é problema muito difícil de ser resolvido com a cirurgia a céu fechado; somente com a cirurgia a céu aberto será possível a perfeita avaliação do grau de comprometimento subvalvar e o estudo das possibilidades de sua correção cirúrgica.

Em 53 casos operados a nossa mortalidade operatória é de 2%; isto não fala a favor de habilidade especial do cirurgião, nem de seleção de casos

mais favoráveis para a cirurgia. Demonstra única e exclusivamente o ponto de vista do cirurgião, que prefere dilatações menos satisfatórias com menor risco cirúrgico. É lógico que, nos satisfazendo com dilatações limitadas, nos casos difíceis, nos precavemos contra graves complicações e óbitos operatórios. É óbvio que o cirurgião que procura sempre ter a comissurotonia ideal, terá na certa estatística menos favorável. Não condenamos estes cirurgiões e compreendemos o seu ponto de vista.

Tomamos nossa atitude conscientes de que os nossos operados terão, de maneira geral, resultados a longo prazo menos favoráveis do que os operados por cirurgiões que têm outro ponto de vista. Em resumo, estamos certos que a nossa estatística operatória é ótima e terá na certa resultados a longo prazo bons; dos outros, os resultados operatórios serão bons, com evolução a longo prazo ótima.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 4 de março de 1959

Presidente: Dr. José de Oliveira Coutinho

Considerações sobre o emprego da arsenoterapia na esquistossomose mansoni (Nota prévia). Dr. Moacyr Ribeiro dos Santos. — Com o interesse despertado na região de Presidente Prudente (SP) pelo levantamento dos moluscos transmissores da esquistossomose, foram surgindo doentes originários do Nordeste e de algumas localidades mineiras, pelo que houve necessidade de tratá-los.

Em face dos controvertidos resultados obtidos com o emprego dos antimonialis, ocorreu-nos a experimentação de arsenicais no tratamento em questão. Procuramos, então, na literatura, alguma referência ao assunto, nada tendo encontrado. Não havia, evidentemente, nessa idéia, relação de causa e efeito, que justificasse precisamente a aplicação. Entretanto, pensamos que, em se tratando de um medicamento altamente ativo contra determinados parasitos do sangue circulante, poderia ser que viesse ele a exercer influência sobre o *Schistosoma*

mansoni, criando-lhe condições pouco propícias para a sua sobrevivência.

Grande problema surgia, entretanto: a toxidez do medicamento em indivíduos subnutridos, com fígado comprometido. Confessamos que, diante disso, chegamos a quase desistir da idéia. Mas, afinal, resolvemos munir-nos de todas as cautelas e levar adiante o intento. Escolhemos o Epar-seno por ser considerado o menos tóxico.

Traçamos o seguinte esquema: 1) Exame geral dos doentes. 2) Exames de laboratório: provas funcionais do fígado (reações de Hanger, Takata-Ara, timol, dosagem de bilirrubinas e de proteínas), exames de urina e de fezes, biopsia retal. 3) Doses a serem empregadas. 4) Vias de administração do medicamento. 5) Estudos sobre sua eliminação. 6) Controle pelos exames de fezes e biopsias retais durante e após o tratamento, no espaço de 30 dias, como prazo mínimo para observações.



sedativo - hipnótico, isento de
barbitúricos e de efeitos secundários;
não determina hábito

PARA EFEITO SEDATIVO:

SEDALIS

TUBO COM 20 COMPR. DE 25 MG.

PARA EFEITO HIPNÓTICO:

SEDALIS 100

TUBO COM 10 COMPR. DE 100 MG.



**INSTITUTO PINHEIROS,
PRODUTOS TERAPÊUTICOS, S. A.**
SÃO PAULO

FABRICADO MEDIANTE ACÓRDO COM A
CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH, STOLBERG
IM RHEINLAND - ALEMANHA.



Foram separados dois grupos de doentes: um da zona rural, do Município de Anhumas, composto de 2 mulheres, 2 homens e 2 menores; outro da zona urbana de Presidente Prudente, constituído de 2 homens e 2 mulheres, num total de 10 doentes nos dois grupos.

Decidida a experimentação, concentramos toda a atenção à questão da dosagem, pois, como é sabido, o medicamento é tóxico e de eliminação lenta. Como não visávamos doses de concentração sanguínea não seguimos os esquemas clássicos de dosagem, mantendo-nos abaixo dos geralmente aconselhados. Iniciamos o tratamento com uma ampola de Eparsono de 1 ml (0,12 g) dissolvida em 10 ml de glicose a 50%, por via venosa, durante 3 dias seguidos. Concomitantemente, administramos 3 g diárias de metionina e proteínas (Protovitán). Em face da inocuidade verificada, decidimos diminuir de três doses para duas de 0,12 e, finalmente, para uma de 0,20 g. Os resultados obtidos continuaram a ser os mesmos, negativos.

Substituímos, posteriormente, o soluço glicosado usado como diluente pelo Metiocolin (10 ml). Vinte e quatro horas após, ao proceder à biópsia retal dos doentes tratados, notamos catarro e conglomerados hemorrágicos na ampola retal. Observamos, também, no tracto retossigmóide de alguns doentes, finos pontilhados sanguíneos e, no de outros, grande quantidade de secreção muco-catarral.

Dos 10 casos tratados, em 8 os exames, quer de fezes ou de material obtido por biópsia retal, se tornaram negativos 48 horas após. Em 2 doentes continuaram positivos por 4 ou 5 dias, tornando-se depois negativos. Mantém-se nesta situação já com diversos exames realizados. Relevar notar que, dentre os doentes, havia um que, tendo feito um tratamento com Miracol, conservava ainda exame positivo pela biópsia retal; no dia seguinte ao tratamento arsenical, este se tornou negativo no material colhido pelo mesmo processo; após o uso de Miracol manifestou o paciente icterícia generalizada.

Com a apresentação destes casos não queremos tirar nenhuma conclusão. Vemos, apenas, em seus resultados,

uma indicação para que se prossiga nas observações com essa terapêutica. Nosso intuito ao trazer esta observação ao conhecimento desta sessão é o de chamar a atenção dos colegas que se acham interessados no problema, para que prossigam nos estudos necessários a tão relevante problema, quer para a medicina como para a Saúde Pública.

Estudos sobre a mortalidade por várias causas no Município de São Paulo. I. Raiva. Dr. Ary Walter Schmid. — O trabalho apresentado é uma continuação da tese de doutoramento do autor, e ao mesmo tempo o início de uma série de estudos que visam a apresentar dados numéricos sobre a mortalidade por várias doenças no Município de São Paulo. Estes dados poderão ser úteis aos sanitaristas e aos clínicos, que terão informações sobre a importância de certas moléstias como causa de morte e sobre os grupos populacionais mais atingidos, o que facilitará seu combate.

A raiva apresenta baixa mortalidade no Município de São Paulo, porém, há certa tendência ao aumento no período 1894-1957. O sexo masculino é nitidamente mais atingido que o feminino, e as crianças parecem constituir o grupo etário mais atacado. Aparentemente, a mortalidade é igual nos vários grupos raciais, por se exporem igualmente à doença. Não foram encontradas grandes variações mensais nos óbitos humanos por raiva; ao contrário, os animais raivosos predominaram em agosto, neste Município, o que está de acordo com a crença popular a respeito da distribuição sazonal da doença.

Embora a mortalidade pela raiva seja baixa em nosso meio, a existência de casos humanos justifica fazer-se uma campanha de erradicação da moléstia, o que, aliás, já foi conseguido em vários países.

Estudos sobre a mortalidade por várias causas no Município de São Paulo. II: Tétano. Dr. Ary Walter Schmid. — O autor apresentou e comentou a mortalidade por tétano no Município de São Paulo, relacionando-a a alguns atributos. Mostrou que, do mesmo modo que em outras capitais brasileiras, em São Paulo o

tétano é um problema importante, devido aos óbitos que provoca. A mortalidade proporcional da doença está em ascensão, e a mortalidade, nos últimos anos, apresenta tendência à horizontalidade, neste Município. Estes fatos contrastam com o que se observa na maioria das doenças transmissíveis, cuja mortalidade é nitidamente descendente.

Grande proporção dos óbitos por tétano, entre nós, ocorre no primeiro ano de vida (63,93% dos óbitos por tétano em todas as idades); destes, a quase totalidade verifica-se nos recém-nascidos. Estes dados vêm reforçar a opinião de vários autores nacionais, de que o tétano umbilical é um grave problema de Saúde Pública no Brasil.

O sexo masculino mostrou-se mais atingido que o feminino em todas as idades; a maior mortalidade naquele sexo decorre de sua maior exposição ao agente etiológico.

As várias raças apresentaram mortalidade em nível semelhante, com exceção dos pardos, que tinham coeficientes muito mais elevados que os demais grupos, provavelmente devido às piores condições sócio-econômicas em que vivem, responsáveis por uma assistência ao parto completamente em desacordo com os preceitos higiênicos.

O autor verificou pequena variação mensal dos óbitos por tétano neste Município, de 1948 a 1957, o que

indica ser constante a exposição do homem aos esporos tetânicos existentes no solo.

Finalmente, recomendou como principais medidas de combate ao tétano neonatorum a educação sanitária das "curiosas" e gestantes e a vacinação destas últimas.

Leishmaniose tegumentar no Território do Amapá, Brasil. Drs. O. P. Forattini, E. Juárez, L. Bernardi e C. Dauer. — Os autores descrevem a ocorrência de leishmaniose tegumentar no Território do Amapá, Brasil. Na região estudada, no espaço de tempo decorrido entre os últimos meses de 1958 e janeiro de 1959, foram observados 66 casos humanos da moléstia. Tais casos estão, na sua maioria, relacionados com locais recém-desmatados, e os indivíduos atingidos são, na sua maioria, de profissão cuja natureza os obriga a frequente contacto com a floresta. As formas observadas foram puramente cutâneas, ulcerosas e pápulo-vesiculosas. Descreve-se um caso de lesão com localização subcutânea. Não se encontraram lesões mucosas. As investigações entomológicas preliminares deram como resultado o encontro de diversas espécies de *Phlebotomus*, das quais os autores ressaltam o *P. squamiventris* pelo fato de seus exemplares terem sido coletados, na sua maioria, sobre isca humana.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 10 de março de 1959

Presidente: Dr. Hélio Pucci

Indicações da comissurotomia na estenose mitral. Dr. Marcos Fábio Lion. — Comenta-se, inicialmente, o valor da comissurotomia mitral nos portadores de lesão estenótica desta válvula. Apontam-se, sumariamente, as principais indicações da intervenção cirúrgica. Debatem-se, em particular, a presença de calcificação valvular, a existência de hipertensão pulmonar e o achado de sopro sistólico no foco mitral, como fatores de indicação ou contra-indicação do ato operatório.

1) **Calcificação da válvula mitral** — O cálcio se deposita no tecido hialinizado e nas regiões que sofreram degeneração gordurosa das valvas atingidas pelo reumatismo. Desconhece-se a causa desta calcificação, parecendo que a mesma não está relacionada à idade do paciente, ao tipo de febre reumática nem ao tempo de evolução da doença e à sua antiguidade. Em nossa experiência, acomete mais frequentemente os homens do que as mulheres, sendo que naqueles o aparecimento é muito mais precoce.

A presença de grande calcificação mitral — evidenciada pela planigrafia de tórax em perfil esquerdo — poderá ser um fator de dificuldade na abertura das comissuras no momento da operação, exigindo que o cirurgião faça uso de instrumental. A presença de calcificação não contraindica a operação, mas, se acentuada, poderá, pela má abertura do óstio, diminuir nosso otimismo quanto ao bom prognóstico evolutivo.

2) **Hipertensão pulmonar** — Desconhece-se o porque da existência de uma pressão pulmonar mais acentuada em alguns casos de estenose mitral que em outros, discutindo-se o papel representado pelos reflexos vasoconstritores partidos das veias pulmonares ingurgitadas, pelas alterações secundárias que sofrem as paredes das arteríolas pulmonares e pelo maior ou menor ataque do próprio reumatismo nos vasos arteriais do pulmão. Em nossa experiência, a grande hipertensão pulmonar comparece mais frequentemente nos indivíduos jovens. Presente o quadro de hipertensão pulmonar, vemos que este é mantido pelas alterações anatómicas das arteríolas pulmonares, mas também por modificações funcionais (espasmo) das mesmas. O papel representado pelo fator funcional pode ser grosseiramente avaliado durante a realização de um cateterismo intracardiaco pela inalação de oxigênio a 100% durante um tempo mais ou menos longo: se a pressão pulmonar se reduzir acentuadamente, seria um sinal de que o fator espasmo estava presente. As alterações anatómicas, em uma fase final, progrediriam independentemente do fator obstrutivo representado pela estenose mitral. Nestas circunstâncias, a comissurotomia mitral já não aliviaria o paciente de seus avançados distúrbios hemodinâmicos. Os resultados mais favoráveis têm sido observados nos enfermos com hipertensão pulmonar moderada ou média (pressão sistólica no ventrículo direito entre 30 e 90 mm Hg). Quando a pressão pulmonar ultrapassa estas cifras, os resultados não têm sido tão favoráveis.

3) **Achado de sopro sistólico no foco mitral** — Chama-se a atenção para a possibilidade do achado de sopro sis-

tólico no foco mitral, de grande intensidade, irradiando-se até a região axilar esquerda e com fenômenos diastólicos pouco evidentes. Frequentemente se faz o diagnóstico de insuficiência mitral pura ou predominante nestes casos, abandonando-se, por isso, a idéia de indicação cirúrgica corretiva. No entanto, analisado o electrocardiograma, notam-se evidentes sinais de acentuada hipertrofia ventricular direita e, às vezes, de dilatação da aurícula direita. A interpretação cuidadosa do sopro sistólico mostra que o mesmo é irradiado do foco tricúspide — insuficiência tricúspide — e a feitura de uma radioscopia cuidadosa demonstra a ausência de aumento do ventrículo esquerdo. O doente deverá ser carinhosamente avaliado no sentido de se demonstrar cabalmente a presença de uma lesão estenótica mitral pura, possibilitando ao mesmo, a correção operatória e melhora clínica e laboratorial. Chama-se a atenção para estes casos, em geral portadores de acentuada hipertensão pulmonar, que, na ausculta do foco pulmonar, evidenciam uma 2.^a bulha que não é paralelamente hiperfônica.

Cardiopatia mitral reumática: indicações para a correção cirúrgica. Dr. Adauto Barbosa Lima. — A indicação para a correção cirúrgica das lesões mitrales exige, antes de tudo, o diagnóstico correto. Estabelecido este, as lesões podem ser divididas em dois grupos principais: 1) estenose mitral pura ou dominante; 2) insuficiência mitral pura ou dominante.

A presença de atividade reumática, endocardite bacteriana ou insuficiência cardíaca, contra-indica a cirurgia até sua cura clínica.

No Instituto de Cardiologia Sabado D'Angelo, foram operados 174 casos com estenose mitral pura ou predominante. A mortalidade foi de 4,6%. Dos 174 casos, 148 foram seguidos após a cirurgia entre 6 meses e 6 anos, com 71,2% de bons resultados. Pacientes com insuficiência mitral pura ou dominante não foram indicados para a cirurgia.

A classificação dos cardíacos pela American Heart Association em quatro grupos funcionais constitui bom

BIOSERINA

Que é Bioserina ?

- É uma associação de Novocaina e extrato potencializado de órgãos.

Qual a importância e interesse da associação ?

— O extrato de órgãos por si só, é poderoso fator de melhoria das condições glandulares, nervosas e vasculares de indivíduos senis, restabelecendo a vivacidade, a disposição e elasticidade, além de possuir notável ação anti-tóxica, anti-alérgica e protetora da célula hepática.

O extrato de órgãos tem ação sinérgica e potencializadora sobre os efeitos eutróficos, revitalizantes e de recuperação orgânica apresentados pela Novocaina.

Quais os resultados do emprego de Bioserina ?

- Bioserina determina:

- a) Desaparecimento da sintomatologia dolorosa.*
- b) Melhora dos movimentos articulares.*
- c) Melhora do quadro da artério-esclerose.*
- d) Melhora das condições cárdio-circulatórias.*
- e) Melhora das condições psíquicas.*

FÓRMULA:

Cloridrato de Novocaina	0,100 g.
Extrato potencializado de órgãos	5 ml.

INDICAÇÕES:

Profilaxia e tratamento dos transtornos de senilidade — Artério-esclerose — Hipertensão arterial — Artropatias — Caducidade — Dores e nevralgias em geral.

Um produto garantido com a marca CLIMAX



LABORATÓRIO CLIMAX S.A.

Rua Joaquim Távora, 651 - 780 — São Paulo, Brasil

guia para a indicação cirúrgica e a avaliação dos resultados.

Pacientes com estenose mitral classificados no grupo I (sem sintomatologia) não são indicados para a cirurgia. O risco e os resultados cirúrgicos, apesar dos progressos, não atingiram nível que justifique a correção da lesão, sob o ponto de vista profilático. A operação mais feliz ainda deixa algo da função valvular por restaurar, e os meios de que dispomos para julgar o prognóstico de um determinado caso são ainda deficientes para indicar a intervenção em casos assintomáticos. Grande número de doentes permanece em estado satisfatório por dezenas de anos, mesmo sem tratamento médico especial. Considerando-se a possibilidade de um seguimento cuidadoso destes pacientes, o prognóstico clínico da lesão mitral melhora consideravelmente.

Pacientes incluídos no grupo II (nenhuma sintomatologia em repouso, limitações no desempenho das atividades normais) têm sido indicados para a comissurotomia mitral por várias razões: a) menor risco cirúrgico; b) possibilidade de maior êxito cirúrgico antes do desenvolvimento das calcificações ou diminuição da mobilidade da válvula mitral; c) melhora da função valvular, diminuindo as repercussões hemodinâmicas sobre a rede vascular pulmonar. Contudo, os progressos da cirurgia com circulação extracorpórea abrem novas perspectivas sobre as possibilidades de correção mais anatômica da válvula, mormente em casos como os deste grupo, quando sua integridade ainda é satisfatória. Assim sendo, o momento é oportuno para se contrapesarem estas novas perspectivas e decidir sobre a conveniência ou não de indicar tal método cirúrgico em pacientes do grupo II. Considerando que os pacientes do grupo II apresentam-se, muita vez, estacionários neste grupo, mormente se seguidos cuidadosamente, é de aceitar-se que a indicação cirúrgica só seja feita quando apresentem mudanças significativas no quadro clínico. Nesta eventualidade, seria indicada a comissurotomia digital.

Pacientes do grupo III (sintomas aos pequenos esforços) devem ser submetidos à comissurotomia clássica an-

tes que as lesões se agravem, de vez que, se passam do grupo III ao IV, apresentam muito maior índice de mortalidade (0,6 a 20% na experiência dos autores).

Pacientes do grupo IV (sintomatologia em repouso) devem ser indicados à comissurotomia clássica desde que, com o tratamento clínico, se consiga compensá-los, ainda que temporariamente. Apesar dos grandes riscos, é indicada a comissurotomia em vista do mau prognóstico clínico e do fato de muitos casos apresentarem bons resultados cirúrgicos.

Independentemente do grupo funcional em que se classifique o paciente, vários fatores que pesam na urgência da cirurgia ou no seu prognóstico, devem ser considerados: 1) *Idade*. Não constitui fator de maior importância para indicação cirúrgica. Pacientes em idades mais avançadas obtêm resultados menos satisfatórios e oferecem maior risco cirúrgico devido, principalmente, ao estágio da doença. Em idades mais avançadas, há maior probabilidade de se encontrar: hipertensão sistêmica associada, calcificações da válvula mitral, fibrilação auricular, insuficiência da circulação coronariana, hipertensão pulmonar e insuficiência pulmonar. Pacientes em idades diferentes, mas no mesmo grupo funcional, com quadros clínico, radiológico e electrocardiográfico comparáveis, não apresentam diferenças pronunciadas nos resultados. Pacientes entre 50 e 70 anos podem apresentar resultados similares aos de pacientes jovens. 2) *Embolia*. Constitui fator de reforço na indicação cirúrgica a fim de prevenir-se a repetição do acidente embólico. A experiência dos autores assinala ser esta complicação menos freqüente em pacientes comissurotomizados. 3) *Gestação*. A comissurotomia mitral é indicada durante a gravidez, quando o tratamento clínico não ofereça resultados que garantam o seu êxito mantendo o coração compensado. A experiência demonstra que a comissurotomia mitral em gestantes é bem tolerada. Contudo, pacientes, mesmo com sintomatologia leve, que apresentaram evolução difícil na última gestação, devem ser indicadas à comissurotomia, antes de

"NOTAS DE FITOTERAPIA"

Catálogo de plantas utilizadas em Medicina e Farmácia. Dados principais: origem, sinonímia, parte usada, principais caracteres e constituintes químicos, usos farmaco-terapêuticos, formas farmacêuticas habituais, posologia, preparações extemporâneas obtidas de extrato fluido, etc. Seguido de memento terapêutico e índice poliglota.

1.^a edição — 1942 (esgotada).

FARMCO. RAUL COIMBRA

2.^a edição (revista e aumentada) 1958 — pelo

PROF. FARMCO. E. DINIZ DA SILVA,

(Catedrático de Farmácia Galênica da Faculdade Nacional de Farmácia da Universidade do Brasil e Catedrático de Farmacognosia da Faculdade de Farm. e Odontologia do Estado do Rio)

432 páginas ★ Preço: Cr\$ 400,00

~ ☆ ~

Edição do

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.

Caixa postal, 163. End. Telegr. "BIOLABO" — Rio de Janeiro.

Em São Paulo pedidos a nossa filial à Rua Teixeira Leite, 292

outra gestação. 4) *Calcificações valvulares*. Podem impedir ou limitar a restauração anatômica e funcional da válvula e somente a exploração cirúrgica decidirá sobre o seu estado. Por isso, a comissurotomia mitral é sempre indicada, esperando-se que o doente, em geral com lesão grave, possa com ela se beneficiar. A demonstração de calcificações pela planigrafia não basta para a avaliação da possibilidade de restauração satisfatória da válvula. 5) *Hipertensão pulmonar*. A experiência mostra que os resultados cirúrgicos se correspondem, haja ou não hipertensão pulmonar nos doentes com lesão mitral. A hipertensão pulmonar, sendo fator agravante da moléstia, reforça a indicação cirúrgica. 6) *Lesões valvulares associadas*. As associações de lesões valvulares, sob o ponto de vista da indicação cirúrgica, podem ser classificadas em dois grupos: a) Associações de lesões valvulares passíveis de correção cirúrgica concomitante: estenose tricúspide e estenose aórtica; em

ambos os casos a correção da dupla estenose tricúspide-mitral ou aorto-mitral pode ser feita na mesma sessão operatória, não constituindo contra-indicação. b) Associações de lesões valvulares não passíveis de correção cirúrgica: insuficiência aórtica e insuficiências funcionais das válvulas pulmonar e tricúspide. Os casos com insuficiência aórtica, sem expressão clínica, devem ser indicados à comissurotomia mitral. Quando haja concomitância de insuficiência das válvulas pulmonar e tricúspide, não deve haver modificação de critério na indicação da comissurotomia mitral.

De todos os fatores citados, o que mais pesa na indicação cirúrgica é o caráter evolutivo da moléstia. A classificação dos pacientes em grupos serve apenas como roteiro de sistematização clínica. Deve-se considerar os fatores personalíssimos de cada paciente em si e somente uma experiência sólida com doentes mitraes dá o critério justo para a indicação cirúrgica.

Sessão em 24 de março de 1959

Presidente: Dr. Hélio Pucci

Mucóides do soro e da urina na uremia. Drs. Evaldo H. L. Melo, Jairo C. Dias, Iria Mariani, Italo Martinari, Bernardo L. Wajchenberg, Antônio B. Ulhoa Cintra. — Os autores apresentam o resultado do estudo em duas pacientes com insuficiência renal aguda e 17 pacientes com doença crônica de Bright, determinando uréia, seromucóide, proteinemia total sérica, CO_2 sérico e a fração protéica não dialisável da urina solúvel no ácido perclórico a 6% (semelhante ao seromucóide).

Verificaram: 1) Em insuficiência renal aguda, o seromucóide não é afetado diretamente pela diálise artificial, pois não aparece no líquido dialisado e não se altera quanto à proporção artéria e veia; nem é afetado indiretamente, desde que persiste em níveis elevados. Em um caso, com as medidas corretivas, apesar da tendência à normalização do dióxido de carbono sérico, proteinemia total e uréia, os níveis de seromucóide permaneceram elevados. Em um caso

de recuperação, com a tendência à normalização da uréia obtiveram redução da hiperseromucoidemia.

2) Em doença crônica de Bright verificaram haver um coeficiente de correlação entre uréia e seromucóide significante a 1% com a seguinte equação de regressão $y = 85,00 + 0,39 x$, onde y é o nível de seromucóide estimado e x a uréia sangüínea, ambos em $\text{mg}/100 \text{ ml}$.

3) A excreção da fração protéica não dialisável solúvel em ácido perclórico a 6% (semelhante ao seromucóide) foi estudada em 5 pacientes, sendo normal em um caso e elevada nos outros.

O seromucóide não é responsável por sintomatologia urêmica desde que outras moléstias se acompanham de taxas elevadas sem sintomatologia urêmica, exceto se houver substâncias biologicamente diferentes, com alguns caracteres químicos similares.

Os autores tentam explicar a hiperseromucoidemia por aumento de pro-

STRYCHNANEURIN B₁₂

(VITAMINA B₁₂+VITAMINA B₁+SULFATO DE ESTRICNINA)

Tônico neuro-muscular por excelência

Strychnaneurin B₁₂ 50 mcg

(1 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 100 mcg

(2 mg Sulfato de Estricnina + Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

Strychnaneurin B₁₂ 500 ou 1.000 mcg

(2 mg Sulfato de estricnina + 100 mg Vitamina B₁ + Vitamina B₁₂)

★

Amostras e literatura à disposição dos Srs. Médicos

LABORATÓRIO NOVOTHERAPICA S. A.

Rua Pedroso de Moraes, 1157 — Fone 80-2171 — São Paulo

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarte do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.

★

LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

dução corpórea, pois a excreção é normal ou aumentada. Estes dados não podem ser taxativos desde que não se apresentem provas concretas da igualdade entre o mucóide sérico e o urinário.

Quadro electroforético das proteínas em cardiopatias. Considerações sobre 10 casos. Drs. Rubens Xavier Guimarães, Antônio José Gebara, Sérgio Trevisan, Abrão Bobrow e Cesidio Sarra. — Os autores estudaram 20 cardíacos descompensados, procurando verificar as alterações protéicas existentes, tendo sido feito, quando da internação do doente um primeiro proteinograma electroforético e repetido após a compensação destes doentes.

Foram catalogados 13 casos no grau IV, 5 no grau III e 2 casos no grau II. Vemos a predominância da insuficiência cardíaca mais avançada, o que influirá nas conclusões das alterações protéicas.

Quanto à etiologia foram verificados 10 casos de moléstia reumática com lesão orovalvular, 1 caso de hipertensão essencial, 3 casos de origem renal, 1 caso de moléstia de Chagas, 2 de miocardioclerose, 1 caso de hipertensão arterial + moléstia reumática, 1 de moléstia congênita e 1 cuja etiologia ficou sem esclarecimento.

Para o estudo das alterações protéicas, foram adotados três critérios: 1) aquele que compara individualmente o primeiro e o segundo proteinograma de cada doente; 2) o que agrupa as alterações protéicas do primeiro exame levando em consideração o grau de insuficiência cardíaca; 3) análise do primeiro proteinograma de todos os cardíacos sem relacioná-los com o grau de descompensação.

Adotando o primeiro critério, puderam os autores verificar que a grande maioria das pacientes apresentou melhora protéica após o tratamento da insuficiência cardíaca, permanecendo alterações das frações protéicas que, em alguns casos, puderam ser relacionadas à própria etiologia da moléstia causal e, em outros, a causas várias.

De acordo com o segundo critério verificaram que, no grau IV, a taxa de albumina se mostrou diminuída em todos os casos, a de globulina α_2

normal na maioria dos casos, a de α_3 aumentada em sua maioria, a β normal em grande número de pacientes, a γ acima do normal na quase totalidade dos doentes e a protidemia total normal ainda na grande maioria das observações.

Na insuficiência de grau III, os achados predominantes foram: albumina diminuída; globulina α_1 normal; α_2 sem predominância, ora normal e outras vezes aumentada; β como a fração precedente; γ aumentada e protidemia total normal.

Nos casos de grau II, a albumina predominantemente se mostrou diminuída, β normal, não havendo predominância para as outras frações.

Adotando o terceiro critério, puderam englobar a predominância dos achados protéicos nos 20 casos de cardíacos, como segue: albumina diminuída, globulina α_1 normal, α_2 aumentada, β normal, γ aumentada, protidemia total normal.

Conclusões: 1) Toda descompensação cardíaca produz alteração no equilíbrio das frações protéicas. 2) Predominantemente encontramos: diminuição de albumina, aumento de globulinas α_2 e γ . 3) A compensação cardíaca se traduz por melhoria do quadro protéico. 4) Seria um elemento a mais na avaliação da compensação cardíaca.

Proteína, hexose, hexosamina da fração não dialisável de urina de homens jovens normais. Drs. Evaldo H. L. Melo, Iria Mariani, Italo Martirani e A. B. Ulhoa Cintra. — Os autores analisam, em 15 espécimes de urina de homens normais entre 22 e 29 anos, a fração não dialisável de urina filtrada. Dois componentes polissacarídicos são excluídos desta avaliação: 1) componente protéico-polissacarídico retirado por filtração, caracterizado em 9 aspectos pelos autores; 2) componente polissacarídico de pequeno peso molecular, dialisável, caracterizado por Boas.

A urina de 24 horas, colhida em gelo, filtrada, dialisada por 24 horas em água corrente a 0°C, era analisada quanto aos polissacarídeos avaliados em hexose e hexosamina: a) Diretamente, possibilitando o total (TPs); b)

ROVAMICINA

Nome genérico: Espiramicina

Antibiótico polivalente, perfeitamente tolerado pelo organismo. Respeita a flora intestinal útil.



CLÍNICA GERAL
DERMATOLOGIA
GASTRENTEROLOGIA - GINECOLOGIA - UROLOGIA

APRESENTAÇÕES

ROVAMICINA COMPRIMIDOS

Frascos de 12 e de 24 comprimidos a 250 mg.

ROVAMICINA INTRAMUSCULAR "IM"
Estôjo de 1 frasco com 100 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.

ROVAMICINA INTRAVENOSA "IV"
Estôjo de 1 frasco com 250 mg, acompanhado de 1 ampola de diluente.



A marca de conjugação

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

Por precipitação com ácido fosfotúngstico a 5% em ácido clorídrico 2N, possibilitando polissacarídeos ligados a proteínas (Ps-Pt); c) Por precipitação com o ácido perclórico por ácido fosfotúngstico, possibilitando polissacarídeos ligados a proteínas solúveis em ácido perclórico a 6% (Ps-PtSP), semelhante ao seromucóide do sangue. A diferença entre TPs e Ps-Pt possibilitou a análise do componente polissacarídico não ligado a proteínas (PsNPt). A diferença entre Ps-Pt e Ps-PtSP possibilitou o estudo do com-

ponente polissacarídico ligado a proteínas, insolúvel em ácido perclórico (PsPtNP), cuja análise direta e quantitativa permitiu a validade deste cálculo.

Em conjunto, PsNPt, PsPtSP e PsPtNP constituem os componentes simples que, somados, dão o total polissacarídico da urina dialisada.

Determinou-se proteína na fração solúvel e insolúvel no ácido perclórico, respectivamente PtSP e PtNP. Os resultados estão tabelados, média e desvio padrão, em mg/24 horas:

	Hexose	Hexosamina	Proteína
PsNPt.....	250 ± 50	46,7 ± 8,5	—
PsPtSP e PtSP	20,2 ± 2,9	12,1 ± 3,1	86,4 ± 19,2
PsPtNP e PtNP	5,6 ± 2,5	8,6 ± 4,0	39,9 ± 13,1

Os autores verificaram também que as frações PsNPt, PsPtSP e PsPtNP podiam ser diferenciadas entre si por apresentarem relação hexose/hexosa-

mina progressivamente decrescente, em média, respectivamente, 5,4, 1,8 e 0,8.

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 15 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Fisiologia da contração uterina. — Dr. Milton Maret. O A. discorreu sobre a fisiologia da contração uterina: conceitos antigos; estudo da contração pelo eletromanômetro; influência dos agentes físicos; estudo da onda de contração e sua propagação; fatores determinantes da dilatação do útero e finalmente falou sobre a contratilidade uterina durante a dequitação.

Patologia da contração uterina. — Dr. Paulo G. Goffi. O A. abordou o assunto: Patologia da contração uterina. Apresentou e criticou as classificações de Caldeyro e Alvarez, Jefferati, de Araújo; fez considerações sobre a etiologia e diagnóstico da distócia funcional. Finalizou pedindo ao Dr. Neme que justificasse o "por-

que" de não se adotar a classificação de Caldeyro e Alvarez que é tida como a melhor no nosso meio.

Terapêutica da distócia de contração. — Dr. Bussamara Neme. O orador falou sobre terapêutica da distócia de contração. Na sua opinião os AA. uruguaios são os que mais entendem de contração uterina e Caldeyro e Alvarez não tiveram a pretensão de uma classificação, mas registraram quadros clínicos. Na Escola de Obstetrícia do Hospital das Clínicas dá-se preferência à classificação do prof. Araújo, que sendo um apanhado de várias existentes satisfaz plenamente as necessidades do ponto de vista clínico. Estudam a seguir as condições de trabalho de parto e as indicações das substâncias ocitócicas.

Encerrou seu tema com algumas palavras sobre distócia cervical e o uso da Relaxina.

Os assuntos foram discutidos pelos Drs. Waldemar Machado, Milton Maretti, Bussamara Neme e Paulo Goffi.

Por último tivemos os comentários do prof. J. Onofre de Araújo que principiou agradecendo os trabalhos dos vários oradores e afirmou ter alguns aspectos a esclarecer. Justificou

a sua classificação de distócias cervicais para fins clínicos e finalidade de ensino. Acredita na existência dos anéis de contração e relatou casos em que ele se tornou evidente. Acha que o emprêgo de Oxitocina na cabeça derradeira é útil. E encerrou seus comentários dizendo que se deve romper a bolsa só quando se está certo que a paciente está em trabalho de parto.

Sessão de 29 de setembro de 1959

Presidente: Dr. Adalberto Leite Ferraz

Bases anatómicas do tratamento da oclusão intestinal. — Dr. Adalberto Leite Ferraz. Iniciou sua palestra discorrendo sobre o conceito geral de oclusão intestinal. Sua importância e incidência, e principal localização, e dados anatómicos, com suas relações topográficas. Exibiu diapositivos complementando sua exposição. Salientou a importância da distinção entre os vários segmentos intestinais. Noções gerais sobre o "intestino mesentérico" denominação adotada pela escola Italiana. Características da vascularização do intestino. Ressaltou a importância do divertículo de "Meckel", e sua importância no "síndrome de obstrução intestinal. Recordou rapidamente a histologia do intestino. Importância do peristaltismo e anti-peristaltismo na obstrução intestinal. Ressaltou a patologia própria de cada uma das tûnicas do intestino e sua importância na obstrução intestinal. Ectopia intestinal e suas relações com a obstrução intestinal. Noções anatómicas e histológicas do intestino grosso. Relações topográficas. Importância dos apêndices epilôicos na cirurgia dos colons. Importância das fossetas e sua relação nas hernias internas. Lesões vasculares, infarto. Importância das hérnias, nas oclusões intestinais.

Causas principais de oclusão intestinal na criança: "Íleo meconial".

Fisiopatologia da obstrução intestinal. — Dr. José Gonzaga Ferreira de Carvalho. Em seguida foi dada a palavra ao orador que inicialmente agradeceu ao convite de falar na So-

ciiedade, e logo após iniciou sua palestra sobre a fisiopatologia da obstrução intestinal. Conceito e noções gerais da obstrução intestinal. Análise bibliográfica do assunto, e estudo experimental do mecanismo de morte na obstrução intestinal.

Efeitos locais da obstrução intestinal: hiperperistaltismo, hipersecreção entérica, distensão do segmento ocluído (gases e líquidos) e finalmente lesão da mucosa. (Ação tóxica e ação mecânica. Principais agentes tóxicos identificados, protese, a histamina, nucleoproteínas etc.). Lesões vasculares estase sangüínea: repercussão geral (hemoconcentração). Mecanismo de acomodação do organismo às obstruções intestinais. Conceito de "síndrome humoral" da obstrução intestinal: a) hipocloremia, vômitos, cloropexia tissular; b) hiper-azotemia; c) alcalose ou acidose não gasosa; d) hipo ou hiper-natremia; e) hipo ou hiper-kalemia; f) hipo-hidrêmia hemoconcentração.

Alterações endócrinas, principalmente os distúrbios dos adrenais (síndrome geral de adaptação de Haes Lerde).

Teoria da morte na obstrução intestinal: a) teoria nervosa (neurovegetativa); b) teoria da desidratação; c) infecciosa (peritonite, septicêmica); d) toxemia; e) choque hematogênico; f) distensão gasosa; g) desequilíbrio ácido-básico; h) insuficiência suprarrenal (exaustão).

Em seguida foi dada a palavra ao Dr. Mansur Sadeke que apresentou

um estudo experimental feito em cães, praticando a obstrução intestinal em várias alturas do segmento. Estudou os eletrólitos, e lesões anátomo-patológicas dos vários órgãos do corpo humano.

Importância das condições anatômicas da irrigação sanguínea dos vários

segmentos intestinais: anoxia, hemorragia e edema. Importância da função endócrina do intestino: peritonite supuração, intestinal, sua patogênese, perfuração intestinal, vômitos (exposição de eletrólitos, hipovolemia, anoxemia, intoxicação orgânica e cheque.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Cirurgia, Ano I, n.º 1, fevereiro de 1958. Contribuição para o estudo da propagação paraesternal do carcinoma da mama (Tese para concurso de Livre Docência de Clínica Cirúrgica, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Aprovado com distinção. Dr. Saturnino Cintra Filho.

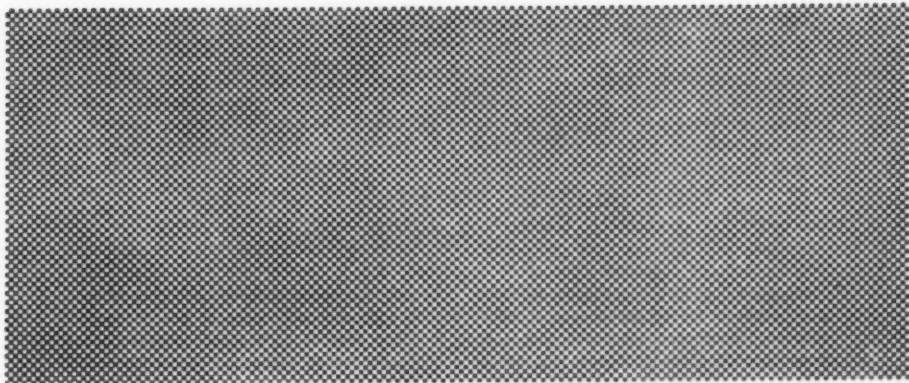
Cirurgia, Ano I, n.º 3, setembro de 1958. Aspectos Anatomo-Radiológicos e Hemodinâmicos do Sistema Porta, no Cão (Tese apresentada para concurso de Docência Livre de Clínica Cirúrgica à Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1958. Dr. William Saad Hossne.

Pediatria Prática, Vol. XXX, fasc. 5, maio de 1959. Doença Ossificante Progressiva — Drs. F. Meira Lins e G. M. Abath; Rubéola e Gravidez — Dr. Ricardo Veronesi; Três Afecções do Joelho na Idade Escolar — Dr. Frederick J. P. Tempel; As hipertrofias Ganglionares Cervicais na Infância sob o Aspecto Cirúrgico — Dr. Roberto Vilhena de Moraes.

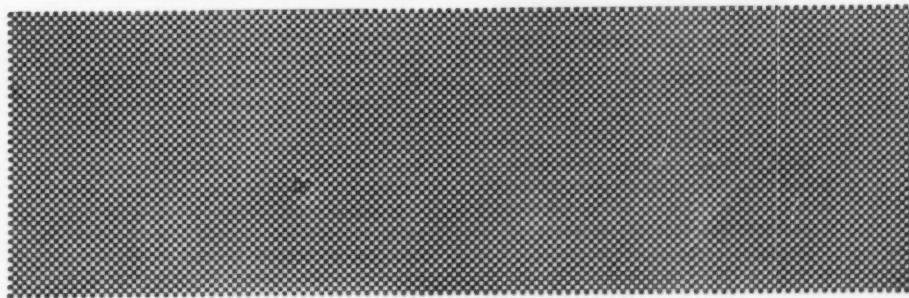
Revista Paulista de Medicina, Vol. 55, n.º 2, agosto de 1959. Nossa Experiência Atual no Tratamento Cirúrgico do Carcinoma Brônquico. Estudo de 262 Casos. — Drs. Euryclides de Jesus Zerbini, Adib Jatene, Geraldo Verginelli, Edgard de San Juan e A. Geraldo Freitas Netto; Aspectos Com-

parativos Entre a Epidemiologia e a Profilaxia da Esquistossomose Japônica na China e da Esquistossomose Mansônica no Brasil. — Dr. Samuel B. Pessoa; Interrelação de Tumor e Cisto Renal. Apresentação de Dois Casos — Drs. Roberto Rocha Britto e Wilson Simas; Anemia Aguda do Recém-Nascido por Hemorragia Fetal na Circulação Materna — Drs. Francisco Cerruti, Oswaldo Mellone e Victorio Maspes; Curandeirismo. Principais Aspectos. Como Combatê-lo — Dr. Wilson Fry; Aspectos Atuais das Leucemias Agudas — Drs. Michel Jamra, Romeu Ibrahim Carvalho e Domingos M. de Cillo.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 55, n.º 3, setembro de 1959. Distúrbios do Equilíbrio Ácido-Básico na Broncopneumonia do Lactente — Drs. Guilherme Mattar, Waldemar Salvia, Oswaldo Cruz, Oswaldo Riedel de Sousa e Silva; Modificações Radiológicas em 15 Casos de Comunicação Interauricular Operados com a Circulação Extracorpórea — Drs. J. H. de Medeiros Sobrinho, José dos Santos Perfeito, Sérgio Paladino, Rubens de Guimarães Santos, Laio Gomes D'Oliveira e Hugo João Felipozi; Carcinoma Primitivo da Trompa de Fallopio — Dr. Benedito José de Cunto; Nefrectomia com Ressecção da Veia Cava Inferior por Neoplasma Renal — Drs. Roberto Rocha Brito e Nelson Caprini; Aquisições Recentes em Terapêutica — Dr. J. R. Pires de Campos.



LABORATORIO **TORRES**



VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Homenagem ao Prof. Cantídio
de Moura Campos

Saudação do Prof. Antônio de Almeida Prado ao homenageado. — Por ocasião da homenagem prestada ao professor Cantídio de Moura Campos, por motivo da sua aposentadoria, após 44 anos de trabalho na Cadeira de Terapêutica Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o professor Antônio de Almeida Prado pronunciou o seguinte discurso:

"Meu caro Cantídio: Tinha que ser assim. Estava escrito que ao fim de tua jornada profissional haverias de receber uma verdadeira consagração pública, porque a ninguém é dado eximir-se completamente ao julgamento da coletividade.

A bondade, a honestidade, as virtudes cívicas, a discreção, ao contrário do que geralmente se pensa, são valiosos pergaminhos que sobrepujam na luta pela vida às artimanhas publicitárias, ou de outro jaez, expostas na praça pública em autovalorização de méritos.

São reputações, essas, que se fazem à luz de fogos de artifícios e, como êles, fugazes. Enquanto duram, impressionam; mas vistas ao longo do tempo diluem-se quais vagas sombras. Entretêm por momentos a atenção geral, como essas figuras vacilantes dos teatrinhos infantis, aproveitadas por Anatole France para caracterizar a precariedade dêsses êxitos ilusórios: surgem, fazem suas medidas e somem.

*"Les marionnettes
Font, font, font
Trois pirouettes
Et puis s'en vont".*

Os que ficam são sempre os de sólida formação moral, os úteis ao meio e, sobretudo, os que se integram na consecução de trabalho comum.

Explicam-se assim amplamente a vitória e a crescente ascensão de Can-

tídio no correr dos anos. Coerência de atitudes, compreensão humana das coisas, tolerância equânime para tudo e para todos, paciência quase evangélica, o enquadrariam, a pouco e pouco, e cada vez mais, no seio da sociedade paulista.

Procurando antes apagar-se do que se impor, escutando muito mais do que falando, dando mais de si do que pedindo, operoso sem alarde e culto sem ostentação, aguda inteligência crítica sem exibicionismo, modesto, não por cálculo, nem dessa forma agressiva de que falou Eduardo Prado a propósito de Capistrano de Abreu, que, às vêzes, é uma afirmação de orgulho, mas vocação ingênita, modestia feita de compreensão, de equilíbrio e dessa capacidade inferior de renúncia que marca os espíritos nobres — tudo nêle se congrega numa riqueza de atributos que o fariam uma personalidade à parte na sua classe e um expoente na nossa humanidade.

O berço deu-lhe a pureza de sentimentos, a vida o entendimento irrestrito das vaidades e aspirações alheias, e a medicina científica a objetividade, a tolerância na aferição dos atos humanos e o comedimento na exteriorização do pensamento.

Afirma o biólogo e filósofo francês Felix Le Dantec que a ciência não conhece senão as coisas mensuráveis e a sua medida. Não justifica a arte, a moral, a justiça, o dever, a religião. Nada tem de comum com a moralidade.

Realmente, através da civilização material, ela foi capaz de proporcionar à humanidade o bem-estar físico, sem resolver-lhe os problemas essenciais.

Verdade é que o seu âmbito estrito se contém aí, exclusivamente. O resto, os princípios fundamentais, religiosos, éticos, morais, pertencem à

revelação, para os crentes, e à filosofia, para os letrados.

Não há negar, porém, que a noção de medida, de precisão, por ela apanhada na evolução do conhecimento, deu ao homem uma objetividade e uma grande margem de tolerância, pelo muito que ele sabe que ignora. Daí a cautela, a modéstia dos espíritos verdadeiramente superiores.

O homem de poucas luzes para tudo alvitra hipóteses e explicações finalistas; o de ciência nada avança sem fundamento comprovado.

Medir é afirmar com segurança, é opinar com valores comprováveis.

A química nasceu no dia em que Lavoisier introduziu uma balança no laboratório (Roger Bastide).

Nos confusos tempos de agora, no entanto, nada se mede senão pelo gabarito do incomensurável, desde o "é o máximo" dos preconcios comerciais, ou é "o maior" dos esportistas, até o formidável, o espetacular dos locutores de rádio, melhor dito o espetaculoso dos dicionários, porque espetacular é o verbo de que o espetaculoso é o adjetivo, ao "fantástico", ou então ao "sesquipedal é apelido", na anarquia dos valores vocabulares da gíria atual, até ao "é um amor" ou "um sonho", das damas das altas rodas, ou "o alinhadérrimo" e o "simpatiquérrimo" da grã-finagem, superlativos vazios de conteúdo, meros subterfúgios mentais que fogem às definições precisas e às determinações exatas.

O verbo adorar, outrora reservado aos santos, hoje, em tonalidade enfática, é largamente distribuído desde aos cantores de "boite" até ao pão com manteiga. "Adorei isso, adorei aquilo" é o que se ouve a cada instante. E o detestar também sumiu de cotação no uso corrente. Não se desgosta mais de nada: detesta-se.

A dificuldade em caracterizar os fatos está em pô-los em termos concretos, exatos, e não em deformá-los em excrescências verbais que nada dizem ou especificam.

A medicina, não entrando nas chamadas ciências exatas, sem embargo obriga à precisão de conceitos e ao raciocínio concreto; mas disciplinando o espírito, experimenta certas defor-

mações peculiares, como, aliás, todas as formas de atividades profissionais. Habitado a agir nos instantes críticos em que a vida humana periga, acaba o médico por julgar-se um pouco acima dos outros mortais nos transe comuns da existência. Não gosta de esperar, odeia filas, foge às prebendas sociais, mas é ótimo pagador de impostos e bom cumpridor dos deveres cívicos.

No seu divertidíssimo livro *"La Maladie, Mes Médecins"*, dá Sacha Guitry, algumas espirituosas alfinetadas na classe médica.

"O médico — diz ele — é o homem que nunca vem bastante urgentemente quando se tem necessidade dele, e que tem o ar de quem vem sempre ainda uma vez mais quando a gente se restabelece".

A respeito da morte súbita, havida por alguns como a mais bela das mortes, afirma: "Não há morte bela; só há as que são belas para serem contadas — mas, essas, são sempre a dos outros".

Não obstante certa irreverência no que respeita à medicina, e não há assunto que mais se preste à jocundidade solerte do que ela, Sacha Guitry foi amigo reconhecido de seus médicos-assistentes. De um deles deixou escrito: "consagrou a vida inteira a seus doentes, cujas insónias o impediam de dormir".

As extremidades se tocam. Os maiores motejadores da medicina são, às vezes, os mais solícitos clientes quando a doença lhes entra em casa. Todos os motivos, então, são bons para se apelar para a sua ciência.

É que, por absurdo que pareça, princípios, aparentemente antagônicos se entrelaçam, conforme a tese a se defender no momento, como no caso da medicina vista na saúde e na doença.

Exemplifica bem essa frequente ocorrência a seguinte historieta que li, há já algum tempo, numa revista norte-americana, uma dessas facécias intercaladas no corpo da publicação para alegrar-lhe um pouco a sinuadez dos textos.

Um professor de sociologia, a fim de fazer um levantamento das condições de relações entre vizinhos, diri-

giu-se a determinado bairro residencial. Provido de elementos para um inquérito social sobre o assunto, foi de porta em porta recolhendo respostas ao seu interrogatório.

"Que é que mais lhe agrada nesta redondeza?", indagou a um senhor.

"A vizinhança é amável e simpática. Visitamos sempre e somos sempre visitados. E há uma porção de crianças em volta da gente".

"Bem, objetou ele, estes são os aspectos agradáveis. Agora, pergunto: e o que mais lhe desagrada aqui?"

O homem refletiu um instante:

"Acho que são essas três coisas, mesmo"...

Mas vamos nos afastando demasiadamente do nosso roteiro oficial.

Voltemos, pois, ao santo do dia.

Cantídio:

"Para que não falte na tua bela festa de hoje a voz de um dos mais antigos dos teus amigos, aqui estou, trazendo-te, mais uma vez, de público, as provas de minha velha e indefectível afeição e a admiração que voto às tuas excelsas qualidades de homem, professor e médico.

Outros diriam melhor do que eu, neste instante; nenhum, porém, com teu completo conhecimento de causa.

Companheiros desde a meninice, numa amizade que dura mais de 50 anos, sempre lado a lado, nos cursos ginasial e médico, nas cátedras universitárias, nos postos das sociedades científicas e nos cargos de governo, as nossas trajetórias foram sempre coincidentes em quase todos seus pontos.

Para a Congregação da Faculdade de Medicina entramos quase ao mesmo tempo. Éramos jovens, idealistas, cheios de vitalidade, e o cabelo, àquele tempo, dava para cobrir tudo...

O marco convencional para a jubilação forçada, a idade suptuagenária, se na maioria das vezes responde à

necessidade de renovação dos quadros letivos, excepcionalmente pode prejudicar o ensino.

Na Itália modificou-se a lei para que Cardarelli continuasse à frente da sua cátedra em Nápoles até depois dos 90 anos. No teu caso, deverias ser desapropriado por utilidade pública, para o exercício da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas, até que se encontre candidato com os teus predados pessoais de cordura, firmeza, clareza, espírito de justiça, lhanza de trato, alguém como tu, capaz de vestir com igual propriedade tanto a beca universitária quanto a toga de juiz. Precisamos de homens experimentados, identificados no mesmo espírito construtivo, para que não se abram sensíveis hiatos na estruturação das instituições. E homens assim, formam-se alguns em cada geração.

A volta desta mesa sentam-se os mais categorizados vultos da gente de São Paulo. Homens de todas as classes e profissões, tudo enfim o que São Paulo tem de mais finalmente representativo, está aqui presente. E, estando no centro deles, estás no teu justo lugar. É a tua festa, o teu dia, luminosamente vivido. Nesta hora de ventura, que é o resumo de tua vida, não poderás, contudo, receber sozinho as homenagens a ti agora endereçadas. Fundaste um lar e criaste uma descendência que honra o teu nome. Só os filhos dão um sentido completo à existência humana.

"Acabaste bem, porque acabaste digno", assim falou, do Visconde de Taunay, Francisco de Castro, seu sucessor na Academia Brasileira de Letras.

E ao levantar a minha taça, estendo à tua esposa, e a todos os teus, a intenção desta magnífica demonstração de apreço pessoal e de amizade com que encerras a tua vida pública, engrandecido pelo generoso laborado à terra paulista e aureolado pela graça deste instante".

PHILERGON – Fortifica de fato

UMA COLHERADA ÀS REFEIÇÕES

Discurso de agradecimento do Professor Cantídio de Moura Campos

"Não tenho palavras, meus caros amigos, julgadas poderem traduzir os meus agradecimentos por tão alta distinção e exprimir a efusão de minha alma nesta comovente solenidade. Nem mesmo as de significação superlativa dariam a medida exata por mim sentida neste esplendor para tanto se acham elas vulgarizadas em sua dignidade pelo uso corrente da linguagem exagerada, tão marcante nestes dias. Vivemos sob o signo do exagero, nos atos e na expressão. Uma coisa não é hoje simplesmente bela ou feia. É espetaculosa ou horrível. Toda a gratidão é eterna como o é uma promessa de amor. O equilíbrio fugiu do julgamento e o meio termo parece não encontrar sua devida aplicação. Repetirei, assim, as mesmas insubstituíveis palavras trocadas no comércio sentimental dos agradecimentos; muito obrigado, e responderei à vossa saudação com aquelas vestidas de transparente singeleza, consentânea com a minha própria formação que só na simplicidade sabe se expressar. O predomínio do exagero tem nesta festa a sua demonstração, e de como só a amizade poderia traduzir em atos tão eloquentes a validade de modestos merecimentos.

Nunca muitos fizeram tanto por tão pouco. Não é realmente muito, em feitos, o que a memória me aviva para fazer jus ao vosso pronunciamento em termos de rara manifestação. Reconheço que pela análise de minha vida, na medicina, no ensino, na administração pública e na atividade social, o maior valor fôra antes pela dedicação, pelo entusiasmo e pela lealdade com que forrava as minhas atitudes do que dos resultados colimados, muito embora a generosidade dos vossos intérpretes porfiasse em mencioná-los evidentes. Maior responsabilidade experimentei-a nos meus primeiros tempos de professorado e que foram os primeiros tempos da Faculdade.

Chamado pelo seu País o professor Lambert Meyer, contratado para a fisiologia, ao ser deflagrada a primeira grande guerra de 14, transferido o seu substituto, Ovidio Pires de Campos, para a clínica médica e sacrificado pela epidemia de gripe de 18, Eteocles Alcântara Gomes, já em plena sucessão na cátedra, coube-me a pesadíssima herança de assumir os destinos de um dos mais importantes setores do estudo médicos. Assim o fiz na impossibilidade de se encontrar, no momento, diversa solução com o contrato de um novo professor estrangeiro ou mesmo um outro de nome nacional. Tomei-me de uma grande inquietude que me dominava a consciência e que haveria de perdurar por muito tempo traumatizando-me, permanentemente, o espírito. Do mesmo estado apreensivo senti tocado o ilustre diretor, visitando freqüentemente o laboratório, inteirando-se de tudo que se fazia, como se desenvolvesse o curso, o aproveitamento dos alunos. Não raro penetrava, por instantes, nas salas de aulas, outras vêzes postado à porta, ouvido atento no que se ia desenrolando nas preleções em curso. Razão bastante assistia a Arnaldo responsável pela eficiência do ensino médico na novel Faculdade nascida já credenciada e, naquela oportunidade, desfalcada na cátedra de fisiologia dos seus mais valiosos elementos. Daí o meu maior esforço. Anos a fio não conheci o repouso nem a tranqüilidade. Só o trabalho me absorvia e me empolgava e por noites a dentro se prolongava o estudo ininterrupta e por vêzes até *sub galli cantu*, os primeiros indícios de que já um novo dia iria surgir, em breve, para o trabalho e para o pecado. Sem o imprescindível auxílio dos meus colaboradores, alguns deles vivendo somente na saudade que deixaram, Garcia Braga, Raul Margarido da Silva e Otávio de Paula Santos, jamais teria podido levar a cabo na

cátedra a minha tarefa embora sem o brilho que se deveria esperar em tais responsabilidades. Tive, no entanto, a recompensa de ver dali saírem dois eminentes professores: Franklin de Moura Campos e Jayme Cavalcanti. Se ânimo não faltou nessa empreitada, devo-o à minha companheira pelo estímulo necessário para que não desfalcesse a meio da jornada e pela compreensão indispensável do meu sacrifício pela honra empenhada na execução do meu mister.

A ela, portanto, cabem estes louvores que, de público, os proclamo no mais expressivo preito de minhas homenagens.

* *

Na Terapêutica, agora orientada como uma cadeira de clínica, tive como escôpo, ao lado da observância curricular do ensino, desenvolver o culto das especializações, dividindo o serviço em vários setores ao cargo das tendências vocacionais dos meus colaboradores que vieram a se tornar renomados docentes e profissionais. Com J. Fernandes Pontes, desde a minha atuação na Santa Casa, ficou a Gastrenterologia, constituída, pelo seu extraordinário desenvolvimento, em serviço oficial do Hospital das Clínicas com repercussão internacional como centro de pesquisa. O de Moléstias Renais com Tito Ribeiro de Almeida, introdutor no Brasil da aplicação do rim artificial. Pinto Lima chefou a Cardiologia, Michel Jamra a Hematologia que depois fôra oficializada na 1.^a Clínica Médica. Ultimamente, com Castor Cobra, a Reumatologia. Nada fôra atribuído a J. de Almeida Camargo pois de há tempo só mora em nosso pensamento.

Orestes Rossetto, chefe de clínica, dirigiu os trabalhos práticos e participou da orientação de ensino, e Bento de Lima Britto incumbiu-se da direção do ambulatório. O setor de Moléstias da Nutrição criado e dirigido por Ulhoa Cintra esteve anexado ao meu Serviço apenas administrativamente, até que aquele eminente mestre conquistasse as láureas de sua cátedra.

* *

Confesso que é com emoção e saudade que me afasto da cátedra que hoje deixa de ser autônoma para se integrar, definitivamente, no departamento de medicina como setor que o é da clínica médica. Ali deverá permanecer como uma das disciplinas de que se compõe aquela organização a ser desenvolvida com programa próprio em colaboração estreita com as demais especialidades clínicas constituintes. Sorte diversa espera ela, entretanto, no anteprojeto de reforma do ensino médico enviado à apreciação da Câmara Federal. Pura e simples supressão, com o argumento de que, entre outros, melhor seria feito o seu estudo simultaneamente com o de clínica médica, com mais tempo, assim disponível, aos estudantes para outras atividades.

Consideração puramente teórica que na prática certamente não encontrará plena justificação. No estudo dos casos clínicos, o que se cogita, geralmente, é da indicação terapêutica para aquele caso, com aquela fisionomia clínica particular, uma indicação mais para o doente do que para a doença. Não se considera um estudo em conjunto, sistematizado, comparativo e crítico das indicações terapêuticas para as doenças em geral que só na disciplina poderá ser realizado. Compute-se, igualmente, o conhecimento da terapêutica geral, o estudo dos métodos e processos apreciados no seu valor e na sua técnica.

* *

Fôra sempre a terapêutica, e ainda hoje o é com menor desdém, considerada a parte mais vulnerável da medicina, o seu calcanhar de Aquiles, a atrair tôdas as increpações e ironias. Eis que Bichat, um grande espírito das ciências biológicas, a ela se referindo, dizia: "um conjunto disforme de idéis inexas de observações muitas vêzes pueris, de fórmulas tão bizarramente concebidas quão fastidiosamente ajuntadas". E lá está no próprio Virgílio, livro XII, verso 56 da Eneida "*Agracitque medendo*," é pior o remédio do que a doença. Os males decorrentes da arte de curar foram criando em certas épocas o descrédito das doutrinas médicas. Devemos e podemos evitar ou mitigar tais

B
E
G
L
U
C
I
L

B EGLUCIL B1

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1	50 mg	100 mg
Vitamina C	0,10 g	0,20 g
Cloridrato de Cisteína	0,01 g	0,02 g
Em Glicose a 30%		

B EGLUCIL 25%

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1	0,0125 g	0,025 g
Vitamina C	0,25 g	0,50 g
Cloridrato de Cisteína	0,01 g	0,02 g
Em Glicose a 25%		

B EGLUCIL 50%

	10 cm3	20 cm3
Vitamina B1	0,0125 g	0,025 g
Vitamina C	0,25 g	0,50 g
Cloridrato de Cisteína	0,01 g	0,02 g
Em Glicose a 50%		



instituto farmacêutico de produtos científicos xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

inconveniências quando na impossibilidade de as prevenir de todo. A terapêutica conhece hoje fases de esplendor. Necessário se faz, em muitos casos, despertar no paciente uma situação psicológica que pode fazer milagres "a fé que move as montanhas". Não fôra sem razão que Trousseau recomendava à clientela quando do aparecimento de um remédio novo de efeito surpreendente: "aproveitem enquanto cura". A preparação psicológica produzida pela propaganda, pela fé que alimenta a esperança dos sofredores, pelo ansio de cura, condiciona o terreno para o sucesso. Os maravilhosos efeitos do início vão com o tempo se arrefecendo e reduzindo-se mais ao efeito orgânico do remédio. Esta verdade de Trousseau, tão glosada pelo tempo afora, não o é somente sob o ponto de vista psicológico, mas também orgânico. O uso continuado e até abusivo de certas medicações poderá levar à inutilidade de seus efeitos. Raças microbianas foram-se tornando resistentes à ação repetida e abusiva dos antibióticos. As estafilócocos já não mais respondem a muitos deles que antes conseguiam vencê-los e daí a necessidade de novas pesquisas para encontrar outros de ação satisfatória. Nós os aproveitamos quando eles curavam.

A terapêutica se renova constante e rapidamente e no campo dos preparados químicos há um verdadeiro estado inflacionário pela competição da indústria farmacêutica. Dentre eles há os que vivem como as rosas de Malherbe, não logando permanecer no reccitatório.

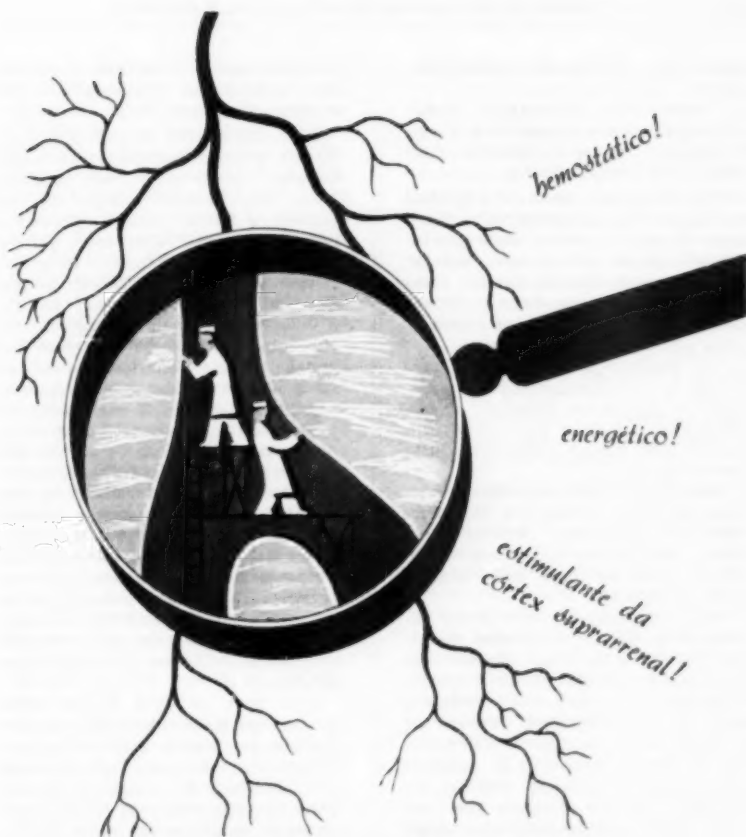
A terapêutica é realmente uma arte difícil. Razão tinham os antigos quando, ao redigirem uma fórmula, o primeiro cuidado, principalmente na época em que a medicina era exercida por sacerdotes, era o de fazer uma invocação aos deuses, assinalando-se na receita um sinal, palavras ou abreviaturas ou mesmo uma oração para que os deuses os iluminassem na prescrição do tratamento. A filosofia médica desde tempos remotos, quando já se reclamava dos acidentes no decurso de uma aplicação terapêutica, está sintetizada naquele aforismo que repetiam os romanos: *Primum non nocere*, antes de tudo não prejudicar.

Não será possível alcançarmos esse desideratum em sua integridade, sempre haverá acidentes e efeitos colaterais indesejáveis. Da terapêutica há de se exigir um pagamento pelo benefício que oferece. Na vida dos organismos estamos presenciando, em determinadas circunstâncias, que algumas funções se realizam com prejuízo de outras. Isto se verifica no mecanismo de defesa do animal. Numa hemorragia, por exemplo, quando não assume grandes proporções, defende-se o organismo com uma vaso-constricção periférica generalizada, procurando por essa forma adaptar o conteúdo — o sangue, ao continente, de modo a respeitar a circulação no cérebro e no coração onde os vasos continuam a manter seu calibre normal, favorecendo a provisão do oxigênio a esses órgãos, indispensáveis na manutenção da vida. Pois bem, essa vaso-constricção periférica é prejudicial aos tecidos e às próprias camadas arteriais e quando prolongada, poderá acarretar lesões de graves consequências.

Vemos destarte, a manutenção da vida de um organismo ser feita com o preço do sacrifício de órgãos e funções.

As agressões sobre o organismo dos animais homeotermos como o é o do homem produzem uma série de reações conhecidas com o nome de "síndrome de adaptação" e destinados à sua defesa. Entre os fenômenos assinalados um se destaca de maior importância e significação — a maior atividade das glândulas suprarrenais. Lançam estas no sangue circulante os produtos de sua secreção, os chamados glico-corticóides, dentre os quais está a conhecida cortisona, elementos esses que têm por função a formação do glicogênio necessário para o consumo do oxigênio nessa emergência. Esta síntese do glicogênio se faz à custa da desagregação das proteínas, material nobre da célula e que não se encontra armazenado em reserva, ao contrário do que se verifica com os glicídios e os lipídios. A defesa neste caso faz-se a um alto preço, o sacrifício das proteínas.

Façamos a defesa da terapêutica. Nada se faz de graça nas reações biológicas de defesa. A terapêutica tem que pagar o seu tributo na defesa da



PERMIPLAS

Substituto do plasma sanguíneo
Normalizador da permeabilidade capilar

Mono-semicarbazona do adrenocromo (MSA) em solução isotônica de sais minerais, com pH=7

**Choques hemorrágico e não hemorrágico (traumático, tóxico,
cirúrgico e decorrente de queimaduras).**

Prevenção e tratamento de hemorragias operatórias.

Frasco com 500 ml

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS VICENTE AMATO-USAFARMA S/A. — S. PAULO

saúde. Ela está dentro desses princípios.

A maioria dos acidentes dela decorrentes é de pouca consequência e perfeitamente reversível quando mais cedo forem eles corrigidos.

O *primum non nocere* é um ideal inatingível integralmente, já o dissemos. O que devemos, é empregar todos os cuidados para evitar ou mitigar os acidentes inevitáveis, dar um custo mais barato para o desempenho de uma economia de política biológica mais acertada e mais humana.

Não podendo abolir-los de vez, pratiquemos o mínimo possível de malefícios e poderíamos substituir o *primum non nocere* pelo *minimum nocere* como a mais praticável e justa recomendação.

Perdoem-me estas digressões e falemos agora dos amigos que tão generosos se mostraram. Brindastes-me com a escolha dos magníficos oradores aos quais me ligam laços de afeto e de admiração.

Pelos estudantes falou o jovem secretário do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, Marden Ivan Negrão, com uma saliente atuação escolar a revelar o prenúncio de que será vitoriosa a sua carreira profissional. Trouxe-me a solidariedade estudantil que nestes 44 anos me tem servido de estímulo para o trabalho e de conforto ao coração. Orestes Rossetto tem sido meu colaborador no magistério desde logo se doutorou em medicina. Auxiliar dos mais eficientes, chefe de clínica por longos anos, dotado de uma inteligência lúcida, didata nato, de um perfil moral de rara qualidade, traz-me, em comovente saudação, a despedida dos meus queridos companheiros no exercício da Cátedra, fazendo-me colhêr desde já as primeiras mágoas desta separação.

Saldanha da Gama, meu colega na Universidade, ilustre Professor que o é da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, seguindo uma vocação espiritual, trocou a farda pela Cátedra. Também meu companheiro de lutas políticas e revolucionárias, embora já me houvesse, certa vez, deposto de futuras atividades. Inconformado com a desorganização e com os desmandos na situação nacional, o seu patriotismo, sempre em bravura nas

atitudes jamais esmoreceu e parece estar a gritar-lhe, constantemente aos ouvidos: Sargento, de pé.

Ninguém melhor do que Henrique Bayma poderia interpretar os meus amigos. Dêles muito me orgulho. Estou com Voltaire quando diz em Jeannot e Collin, tôdas as grandezas deste mundo não valem tanto quanto um bom amigo. Conheci Henrique Bayma no Colégio de Jacaref, alunos que fomos da mesma turma. Ele era o mais moço, o mais aplicado e bem logo sobreveio a minha admiração por aquele menino de calças curtas que sabia tudo responder e que nos ensinava latim aprendido com seu avô, juiz de direito naquele tempo. Vim depois privar da amizade de seu pai Teodoro Bayma, higienista de renome. Acompanhei o desdobrar da vida de Henrique Bayma com a mesma admiração nascida no Colégio e tive a satisfação de vê-lo tornar-se um dos nossos grandes advogados após um curso de direito como primeiro aluno de sua turma. Na política foi exemplo de abnegação e caráter como chefe que soube se impor à consideração geral.

Que dizer de Jairo Ramos senão afirmar que a sua culminância na profissão e na cátedra, a que o faz verdadeiro líder da classe, foi alentada por mim desde seu tempo escolar. No primeiro contacto com aquele estudante de aparência um tanto rebelde, por ocasião da leitura, por êle, de sua prova escrita, para mim indecifrável, senti estar diante de uma personalidade que iria se projetar na vida. E foi assim, que o seguí com admiração e interesse, na trajetória brilhante da qual me sinto, igualmente, participante.

Almeida Prado é um irmão de cuja convivência vinda dos tempos colegiais venho desfrutando o encanto e a inteligência. Juntos, depois, acadêmicos, juntos internos do Miguel Pereira, juntos no Laboratório de Fisiologia, juntos no magistério. Invade-me de alegria a merecida projeção de sua fama. Professor de clínica médica dos mais notáveis, pelo saber e pela cultura, é, entre os médicos, um dos últimos humanistas e clínicos gerais de estirpe dos Aloysios de Castro, dos Migueis Pereira e dos Rubiões Meira.

A Pacheco e Silva estou de há muito ligado, nas horas certas e nos momentos incertos, por acontecimentos que sempre nos uniram. Motivo de júbilo para os amigos é a sua carreira triunfal na vida. Expressão máxima da psiquiatria nacional, a sua individualidade marcada de virtudes intelectuais, transbordou-se para além das fronteiras pátrias a se impor nos meios internacionais. A sua elevação para presidir os trabalhos do ano mundial de saúde mental, em 1960, é uma glória para o Brasil.

Na comissão de festejos vejo com emoção os que bem me tocam ao sentimento. Quero, dizer-lhes, aqui, os nomes de há muito repetidos no pensamento e no coração: A. de Almeida Prado, A. C. Pacheco e Silva, Antônio B. de Ulhoa Cintra, Eurico da Silva Bastos, Felício Cintra do Prado, J. Aguiar Pupo, Jairo A. Ramos, Franklin de Moura Campos, Luiz V. Decourt, Odair P. Pedroso, Waldemar Ferreira, A. C. Camargo Viana, A. de Meireles Reis Filho, J. Fernandes Pontes, Júlio Mesquita Filho, Martinho da Silva Prado, Orestes Rossetto, Roberto Moreira, Synesio Rangel Pestana.

Deixo hoje a Faculdade após 44 anos de uma fervorosa dedicação. Pouco dela me afastara, quando, de raspão passei pela pública administração do Estado. Honrado pelo convite de Armando de Salles Oliveira que deu

a São Paulo, no governo, uma página luminosa traçada pela visão de estadista comparável aos maiores das grandes nações, assumi uma das pastas administrativas, a de Educação e Saúde para a qual dei o meu esforço e servi com amor e lealdade. Militei, esporadicamente, na política partidária de cujas teias corrosivas desvencillei-me sem quebra da serenidade e sem deformação dos sentimentos, voltando a consagração do magistério, para só hoje dê-lo me despedir.

Pela minha cátedra 43 turmas de alunos desfilarão no alvoreço de uma revoada, levando um pouco de minh'alma diluída no orgulho que deles tivera pelo sucesso de sua projeção na clínica e nas cátedras.

Não quis o destino, prolongando-me os dias, tombasse ainda no exercício da cátedra, como morre o lidador no seu posto de combate. Talvez julgasse não tê-lo merecido. Recebo, entretanto, como um prêmio ter-me permitido sentir o colorido emocional desta paisagem cuja luz veio, nesta quadra da minha vida, doirar uma existência a se apagar como o sol no ocaso tinge de ouro velho as folhas secas antes de se diluírem no carvão da noite.

Meus amigos, pelo vosso êxito, pelo vosso feliz destino, a oferenda das minhas orações e para servir-vos a afirmação do meu devotado amor”.

RUBROMALT

*Extrato de malte
Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado
Aminoácidos e Minerais.*



INSTITUTO TERAPÊUTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

CONGRESSOS MÉDICOS

XI Jornada Brasileira de Puericultura
e Pediatria

A realizar-se de 24 a 31 de julho de 1960 na cidade
do Rio de Janeiro

*Comemorativa do 1.º Cinquentenário da Sociedade Brasileira
de Pediatria e do 25.º aniversário do Hospital Jesus*

PROGRAMA CIENTÍFICO
PRELIMINAR**A) Tema Oficial:**

"Situação da Assistência à Infância no Brasil"

- a) *Obras existentes*
- b) *Resultados*
- c) *Análise crítica*
- d) *Sugestões*

Cada Estado ou Território apresentará um trabalho elaborado por uma Comissão constituída pelo menos, por:

- 1) 1 Representante do D. N. Cr. (Delegacia da Criança)
- 2) 1 Representante do D. E. Cr. ou órgão local congênere
- 3) 1 Representante da L. B. A. local
- 4) 1 Representante da Sociedade ou Departamento de Pediatria local, se houver, ou o Delegado da Sociedade Brasileira de Pediatria no Estado.

B) Temas Livres:

Trabalhos sobre qualquer assunto não focalizado pelas Mesas Redondas e Simpósios. Estes trabalhos serão divididos em grupos de acordo com o Tema.

C) Simpósios sobre:

- 1) Estreptococcias
- 2) Meningites

D) Mesas Redondas:

- 1) Tumores na Infância
- 2) Síndromes psico-somáticas do escolar
- 3) Alergia respiratória na criança
- 4) Tétano do recém-nascido
- 5) Icterícias do recém-nascido
- 6) Micose na criança
- 7) Insuficiência renal aguda na criança: diagnóstico, causas, tratamento médico e cirúrgico.

E) Seminários:

- 1) Hematologia infantil
- 2) Endocrinologia infantil
- 3) Problemas do recém-nascido

F) Conferências por Professores Estrangeiros.**G) Visitas a Hospitais com Reuniões Clínicas e Clínico-Patológicas.**

Pedidos de informações e correspondência devem ser dirigidos ao Secretário Geral da XI Jornada — Dr. JAYME FREIRE DE VASCONCELLOS — Endereço: Rua Joaquim Silva, 98, 7.º andar — (Sede do Departamento Municipal da Criança e do Adolescente) Lapa — Rio de Janeiro.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Il Timo. — G. Sarteschi e G. R. Bettolo. Estudo fisiopatológico clínico e terapêutico das afecções cirúrgicas do órgão.

Os autores são assistentes do professor dr. Armando Trivellini, diretor da Clínica de Cirurgia Geral da Universidade de Pisa e merecem pelo seu trabalho os maiores elogios.

É um estudo completo: anatómico, histológico, fisiológico, semiológico,

patológico, clínico e cirúrgico, em que os autores esgotam o assunto de maneira didática, com ordem e clareza.

A sua apresentação é também muito boa: papel, impressão, figuras agradam ao leitor, fazendo com que o livro preencha de maneira valiosa uma lacuna na literatura médica.

Cada capítulo é acompanhado de extensa referência bibliográfica.

Separatas e folhetos recebidos

Ensino médico e assistência médico-social. — Prof. Mariano A. de Andrade. Rio de Janeiro, 1959. Discurso proferido por ocasião da instalação do Departamento de Cirurgia Experimental da 3.ª Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade Nacional de Medicina, como homenagem ao prof. Alcindo de Figueiredo Baena no ensejo da inauguração do novo Centro Cirúrgico que recebeu o seu nome.

Guide to Services. — American Medical Association. Contém todas as informações necessárias para o médico que deseja ingressar ou se servir das múltiplas atividades e serviços da Associação.

Começando com a descrição de sua fundação, esclarece e descreve os propósitos, a organização e funcionamento de todas as seções da Sociedade que abrangem todas as atividades médicas, como por exemplo: aprovação de hospitais, escolas de medicina, análise de drogas e alimentos, publicação de nove jornais de especialidades, exibição de filmes em sessões médicas, prestação de assistência à população, problemas econômicos do médico etc.

É um guia completo. Contendo inclusive os nomes dos médicos encar-

regados dos diversos departamentos e seus auxiliares prontos para servir uma comunidade de médicos que já atingem a casa dos 150 000, todos com o objetivo da Associação que é empregar toda a sua dedicação para promover o aperfeiçoamento da ciência e da arte médica e o melhoramento da saúde do povo.

Synthèses Cliniques. — Suplemento das "Monographies Médicales et Scientifiques", n.º 79, março de 1959. As perturbações neuro-psíquicas da puberdade e da idade crítica — dr. L. Gayral — encarregado do curso na Faculdade de Medicina e na Faculdade de Letras de Toulouse, com colaboração dos Drs. Jean Carrié, chefe do Laboratório de Psicologia da Clínica Neuro-psiquiátrica e Monique Barraud, assistente da Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Toulouse.

O assunto é dividido em dois livros sendo dedicado o primeiro às perturbações neuro-psíquicas da puberdade e dedicando-se o livro segundo às da idade crítica, não só da mulher como também a do homem, a andropausa. Acompanha bibliografia.

Bepantol "Roche"

PANTENOL

(álcool corr. ao ácido pantoténico)

Sob a forma de pomada e de solução
para o tratamento das **queimaduras**

Sob a forma de ampólas
para a prevenção e o tratamento das complicações
intestinais pós-operatórias, em particular da **atonía**
intestinal

APRESENTAÇÃO:

Tubo de 20 pastilhas a 100 mg; caixas de 3 e de 25 ampólas a 500 mg;
bisnagas com 30 g e com 180 g de pomada a 5% e frascos de 50 cm³
e de 250 cm³ com solução a 5%.



PRODUTOS ROCHE

Químicos e Farmacêuticos S. A.

Rua Moraes e Silva, 90 — RIO DE JANEIRO

Atresia do colon e ileo (*)

DR. EDISON DE OLIVEIRA

(Livre-Doente de Proctologia: F.A.C.S. F.I.C.S. Da Escola Paulista de Medicina).

DR. OSWALDO GUTILA

(Da Escola Paulista de Medicina)

Quem desejar fazer uma revisão completa da atresia do intestino delgado ou colon, deverá precaver-se com a possibilidade de muitos destes casos estarem rotulados como microcólon ou estenose do delgado e colon.

Como bem concluíram Lee e Mac Millan, o termo microcólon é meramente descritivo e deve ser considerado como secundário a uma obstrução intestinal completa, cuja causa deve ser procurada e corrigida, e, finalmente, deve esse termo ser abandonado para designar uma entidade clínica definida.

Por outro lado, como afirma Gross, nem sempre é fácil diferenciar uma atresia de uma estenose, tendo êle, por várias vezes, incidido nesse erro, só verificado, posteriormente, pela autópsia. Por isso mesmo acha que, provavelmente, seria melhor reunir esses dois grupos, atresia e estenose, sob uma única denominação: "obstrução intrínseca do intestino".

Por causa dessa confusão na interpretação clínica desses casos, por causa de um conhecimento incompleto da patologia e da orientação cirúrgica a ser preconizada nesses doentes com obstrução intestinal congênita, provavelmente muitas dessas crianças deixaram de ser salvas.

A raridade dessas anomalias explicaria e justificaria, em parte, os fatos acima assinalados.

Incidência: — Segundo Evans, para cada 1.590 partos, haveria 1 caso de atresia do trato intestinal, embora outros autores citem 1 para 20.000 ou 40.000 nascimentos.

Etiologia: — Durante as primeiras 5 semanas de vida intra-uterina, o intestino apresenta uma luz e sua parede é recoberta interiormente por um epitélio bem definido. Posteriormente, entre a 5.^a

(*) Trabalho feito na Disciplina de Cirurgia do Ap. Digestivo da Escola Paulista de Medicina (Prof. A. Bernardes de Oliveira).

e 10.^a semana, êsse epitélio prolifera-se, desde o piloro até à válvula ileo-cecal, e a luz intestinal desaparece. Após a 10.^a semana, vacuolos aparecem entre essas células epiteliais. reúnem-se e mais tarde novamente se restabelece a luz intestinal. Uma falta de normal desenvolvimento nesse período de vacuolização e recanalização seria a explicação dada para o aparecimento da atresia e estenose do intestino delgado, pois, há dúvida se existe êsse período sólido no cólon. Evans não aceita essa explicação, preferindo dar-lhe outra.

Patologia. — A atresia pode localizar-se desde o duodeno até o cólon, sendo mais frequente ao nível do ileon e jejuno. É rara ao nível do cólon. Morelli, em 1935, relatando o seu segundo caso de atresia congênita do intestino grosso, faz uma revisão da literatura e diz que até aquela data só existiam 19 casos, incluindo os 2 por êle observados, com atresia interessando tôda a extensão do cólon. Lendo com cuidado a descrição do que observou no ato operatório do 2.^o caso e levando em consideração que o cólon tinha luz, segundo se deduz de uma microfotografia publicada no trabalho, não podemos afastar a hipótese de um colo hipoplástico não distendido, de um imprópriamente chamado microcólon por ileo meconial. De fato, escreve o autor, "por ocasião da intervenção cirúrgica encontrou-se peritônite aguda soropurulenta com numerosas zonas de gangrena na última porção do ileo dilatado, cheio de mecônio *tão denso*, a ponto de ser impossível sua exoneração através de uma pequena incisão praticada na parede intestinal; afastadas as alças do ileo apareceu o intestino grosso de calibre muito reduzido (4 a 5 mms.). O ceco apresentava o apêndice com mesenteriole de conformação normal, embora de dimensões reduzidas; os colons mostravam mesenterio normal e normais os ângulos hepáticos e esplênicos, continuando-se com o reto, também reduzido de volume no porção visível. À palpação, a consistência era dura, inelástica, por absoluta falta de mecônio". Como se nota, o achado coincide com aquilo que se encontra no ileo meconial.

Alertados pelo trabalho de Leo e Mac Millan pomos em dúvida êsse diagnóstico feito por Morelli bem como o de atresia congênita total do colon feito por um de nós (O.G.) no presente caso. Idêntica crítica fazemos a outros trabalhos, nos quais o cólon apresentava êsse aspecto, secundariamente a uma atresia do ileo terminal e ceco ou a um ileo meconial. (Morelli, Joseph, Lavoie, Sims e Coley).

Não resta dúvida que em casos raríssimos o cólon pode estar estenosado ou atresiado em tôda a sua extensão como o caso relatado por Klinefelter. Próximalmente à obstrução, o intestino está muito dilatado e a isquemia local da parede intestinal poderá levar à necrose e perfuração da alça distendida. Distalmente à obstrução, o intestino está colabado, sem gaz, de volume muito diminuído, não medindo mais que 4 a 6 mms. de diâmetro (Gross).

Sintomatologia. — O vômito é o principal sintoma, iniciando-se no 1.º ou 2.º dia, dependendo do nível da obstrução. À medida que as horas passam, os vômitos se tornam mais intensos e mais frequentes. A diferença entre as fezes de uma criança com atresia e aquelas de uma normal não é decisiva. O teste de Farber é de valor nos casos difíceis. Carvalho Pinto e Austregésilo propõem um novo método de coloração para as células epiteliais corneificadas encontradas no mecônio na ausência de atresia do intestino. A distensão abdominal varia com o nível da obstrução, duodeno ou cólon, e com o tempo decorrido.

Radiografia. — Os dados clínicos são suficientes para sugerir o diagnóstico. O exame radiológico, mesmo sem o uso de contraste, fornece elementos para o diagnóstico de obstrução e, às vezes, do nível da obstrução. O uso de bário por via oral deve ser condenado. Embora Gross condene o uso do enema baritado, não vemos muita razão nessa sua orientação, se ele mesmo acha que esse exame pode dar valiosa informação determinando o tamanho e a permeabilidade do cólon. Seja lembrado que o encontro de um microcólon ao exame radiológico ou durante o ato operatório, não indica que nada possa ser feito. Como demonstram Potts, Mc Conahy (citado por Evans) e Lee e Mc Millan, posto a funcionar, esse colon adquire seu calibre normal.

Tratamento. — O tratamento cirúrgico deve ser feito o mais cedo possível e de maneira adequada. Para ser adequado o tratamento cirúrgico, deve-se incluir uma exploração completa e uma intervenção que afaste todas as causas que influíam na obstrução intestinal, sem maiores conseqüências para o paciente.

- a) *Exploração completa:* Sabendo-se que a atresia do intestino e principalmente do cólon, é acompanhada de outras complicações, como o volvo do delgado ou de atresia múltiplas, impõe-se uma exteriorização do delgado e uma pesquisa cuidadosa do trato intestinal. O intestino colabado, não desenvolvido, fino como um lápis (Potts e Roviralta) situado distalmente à obstrução deve ser cuidadosamente pesquisado. A permeabilidade dessa porção distal deve ser cuidadosamente controlada, introduzindo-se na sua luz soro fisiológico (Potts e Roviralta) ou ar (Wilson e colaboradores). No caso do cólon, o enema baritado já teria oferecido ensinamentos muito úteis ao cirurgião, donde a nossa tendência para seu emprego.
- b) *Operação adequada:* Constatada a zona atresiada, e corrigidas outras complicações por ventura presentes, ela poderá ser contornada por uma anastomose latero-lateral entre a porção proximal e a distal. No caso de atresias múltiplas, poderá ou não ser retirado todo o segmento de intestino

condenado. Se deixada, a formação de cistos de retenção poderá exigir sua retirada posterior. Nos casos de atresia do íleo terminal não se esquecer que o cólon, sem função, atrofiado, é, via de regra, fino, não tendo mais que 5 mm. de diâmetro. Fechar o abdome sem nada fazer como já tem acontecido, não é indicado, e, lançar-se mão de uma ileostomia, como no caso presente, não é a melhor solução. Esses doentes não têm suportado a ileostomia. (Wilson e colaboradores). O ideal é procurar contornar a atresia restabelecendo a continuidade funcional do intestino.

Outros dois problemas que o cirurgião deve ter em mente são: primeiro, não esquecer que a porção do intestino colocado distalmente à zona atresiada, principalmente quando constituída pelo cólon, vai oferecer resistência ao bom funcionamento, enfim, à progressão do conteúdo intestinal. Daí alguns cirurgiões terem forçado a dilatação do cólon, no pós-operatório imediato, fazendo pequenos enemas com parafina, sob pressão, 3 a 2 vezes por dia (Jenson) ou terem feito a anastomose ao nível do descendente sigmoide ou porção esquerda do transverso, de maneira a diminuir a extensão de cólon a ser atravessada pelo conteúdo intestinal (Wilson, Lane). O segundo problema é que a porção proximal, muito dilatada, poderá estar com uma descompensação grande e dificultar o funcionamento da anastomose. Nestes casos, o segmento proximal comprometido deverá ser removido antes de se estabelecer a anastomose.

Observação: (Prof. Alvaro Guimarães Filho da Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina). N.º 15.519, sexo masculino, branco. Parto normal, eutrofico, posição O.E.A. Não foi reanimado. Peso 3.300 gramas. Bom estado geral. Nascido a 26 de janeiro de 1958.

Examinado 32 horas após o nascimento foi constatado que o estado geral era mau e o abdome apresentava-se grandemente distendido e com circulação colateral visível. Antes de 24 horas após o nascimento começou a apresentar vômitos de cor esverdeada que se foram acentuando até à operação. Não havia evacuado desde o nascimento. Não havia anomalia anal. Uma sonda de Nelaton introduzida no ânus não ia além de 2 cms. Feito o diagnóstico de obstrução por atresia do reto, foi feita uma radiografia simples do abdome com uma oliva metálica introduzida no canal anal. O laudo radiológico foi: "grande distensão do cólon até o sigmoide. Não se notam gases no reto, onde foi introduzida uma sonda. O aspecto radiológico é de atresia do cólon distal".

Operado 36 horas após o nascimento, as 4 horas decorridas entre o exame e a operação foram dedicadas à restauração do equilíbrio hídrico e eletrolítico, à administração de antibióticos e à aspiração gástrica.

Incisão para-mediana esquerda, supra e infra umbilical, numa extensão de 10 cm. Aberto o peritônio, líquido claro, inodoro, em pequena quantidade. Alças dalgadas de coloração normal, dilatadas mas respondendo aos estímulos digitais. Estômago pouco distendido (sonda gástrica). Examinado o trato digestivo constatou-se atresia, de cerca de 15 cms. ao nível do ileo terminal. O ceco, ascendente, transverso, descendente e sigmoide apresentavam-se como um cordão duro, rígido, com espessura de 8 mm.. A vesícula biliar estava cheia e se esvaziou facilmente com a compressão manual. Feito o diagnóstico operatório de atresia do ileo terminal e cólon, foi praticada uma ileostomia; o côto distal fechado em 2 planos foi deixado na cavidade abdominal. A criança faleceu 36 horas após a operação.

O laudo de autópsia foi: "Diagnósticos anatômicos: ileostomia, peritonite fibrino-purulenta, equimose ao nível do reto-sigmoide e no mesenterio estendendo-se até a supra-renal esquerda e sutura terminal do ileo distal. Moléstia principal: Atresia do cólon. Causa mortis: colapso tóxico infeccioso.

RESUMO

O termo microcolón é meramente descritivo e deve ser considerado como secundário a uma obstrução intestinal completa, cuja causa pode ser uma atresia do ileo terminal ou um ileo meconial. O cólon colabado, sem gaz, de volume muito diminuído, não medindo além de 4 a 6 mm de diâmetro, como no caso presente, tem sido considerado, erroneamente, como um caso de atresia do cólon ou de microcólon. Daí a indicação de uma terapêutica que não é à melhor para o caso.

BIBLIOGRAFIA

- CARVALHO PINTO, V.A. e AUSTREGÉSILO, F. — *Atresia congénita do trato digestivo*. *Pediatria Prática* 20:371, 1949.
- CARVALHO PINTO, V.A. e AUSTREGÉSILO, F. — *Atresia congénita do intestino delgado com hipoplasia dos cólons*. *Pediatria Prática*, 20:55, 1949.
- COLEY, I. — *Tr. Path. Soc. London* XXIX:115, 1877 (citado por Sims, G. N.).
- EVANS, C. H. — *Atresias of the gastrointestinal tract*. *Inter. Abst. of Surg.* — *Gynec. and Obst.* — 92:1, 1951.
- GROSS, R.E. — *The surgery of infancy and childhood*. W. B. Saunders Co. Philadelphia — London, 1953.
- JENSON, J. — *Atresia of the ascending colon*. *The Lancet* CCLXI:61, 14 de julho, 1951.
- JOSEPH, H.J. — *A rare case of congenital microcolon*. *The Am. Journal of Gastroenterology* 22:489, 1954.
- KLINEFELTER, E. W. — *Congenital absence of the colon*. *Am. Journal Dis. Child* 50:54, 1915.
- LANE, L. Job Jr. and FRANCA, P.B. — *Congenital microcolon*. *Surgery*, 34:90, 1953.

- LAVOIE, J. — *Congenital microcolon*. The Can. Med. Assoc. J. 70: (7)187, 1954.
- LEE, C. M. and MC MILLAN, B. G. — *The fallacy in the diagnosis of microcolon in the newborn*. Radiology, 55:807, 1950.
- MORELLI, L. — *As atresias congênitas do intestino grosso*. Resenha Clínico-Científica ano 22 (6):197, 1953.
- POTTS, W. J. — *Congenital atresia of intestine and colon*. Surg., Gynec., and Obst. 85:14, 1947.
- RAVIRALTA, E. — *Atresias intestinales complicadas*. Arch. Argentinos de Pediatría 38:73, 1932.
- SIMS, G. K. and MEYERS, H. H. — *Report of a case of congenital malformation and arrested development of the colon*. Am. J. Obst. and Gynec. 12:887, 1926.
- WILSON, B. J., NELSON, A. and HARSHBARGER, M. — *Congenital atresia of the colon*. Surg., Gynec. and Obst. 99:34, 1954.

Sanatório São Lucas

Fundação para o progresso da Cirurgia

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguí, 80 — Telefone: 37-2515 — São Paulo — Brasil

AGORA... na digestologia

+ Complexo enzimático
Hormônio de PRIBRAM

Para normalizar:

- * os processos digestivos
- * a assimilação lipídica
- * a biligênese

PRIMULAN SERONO

Extrato de epitélio vesicular	0,05 g
Pancreatina	0,10 g
Diastase de <i>Aspergillus oryzae</i>	0,03 g
Pepsina 1:10.100	0,01 g

Apresentação: Vidros com 40 drágeas de Dupla Desintegração

+

LABORATÓRIOS

MOURA BRASIL — ORLANDO RANGEL S/A.
Rua Marquês de Itú, 96 — Tel. 36-4334 — São Paulo

Contribucion al estudio de San Lucas, médico

DR. EMILIO-JOSÉ ROSEL SÁEZ

(Zaragoza, España)

"Os saluda Lucas, el Médico amado"

(Epístola de SAN PABLO a los Colosenses)

*Vehiculada por mi amor al Santo Patrono, surca Tú vauda el
Oceano, Hispana carabela, llena de fraternidad y de compañeirismo,
para allá en el icono religioso del mascarón de proa, con el
acendrado fervor que inspiras, lèves a los médicos brasileños el
abrazo del más humilde de los médicos españoles.*

EL AUTOR.

San Lucas nace en la velada y misteriosa Arabia, a la tierra de los perfumes suaves, de las hierbas salutíferas y de las resinas bienhechoras, en la ciudad de Oiro, del Patriarcado de Antioquía, donde también vieron la luz los Santos Mártires Anargyros, Cosme y Damían.

San Lucas, el Antioqueño, San Lucas, el Evangelista; San Lucas, el Médico amado.

De familia pagana, su alma escurecida por las sombras del gentilismo, se encuentra con San Pablo y se convierte al amor por la fé de Cristo; es el fiel compañero y discípulo del Apóstol, compartiendo con él hasta la prisión en Roma, lo que mueve a aquél a exclamar: "Solo Lucas, mi colaborador y médico querido, está conmigo". Sufre martirio: en Acaya, del Peloponeso, en el año 70 de la Era cristiana.

Brevisima biografía de quién se merecía la más inspirada pluma literaria para con su musa ornar con las galas de la poesía el ropaje inmortal del Antioqueño.

El *Evangelio* y los *Hechos de los Apóstoles* han bastado durante siglos enteros para guiar impetuosa riada de almas al seguro puerto del Señor de ellas y así hay teólogos que dicen que: "Juan fué el Precursor y Lucas el sucesor de Cristo", aunque sin la intención de igualarlos a Jesús en su valer y divinidad.

Viviendo en la paganidad tiende Lucas a la profesión más ilustre entre los gentiles: la Medicina; y al par que las enseñanzas de San Pablo, es la propia medicina la que, con el poder que supone la inigualable creación de Dios en la carne y sangre humanas, lleva a Lucas hasta el alma y por ella entiende San Lucas, ocasión y medio para conocer la Unica Verdad y cumplir con Ella, atendiendo a las enfermedades del Cuerpo y a las dolencias del Alma, es lo que nos mueve a verlo no como Santo Médico, sino como Médico Santo, y por ello le hacemos brillar, cual el más rutilante, en el Santoral con todos nuestros Santos Patronos: San Lucas, San Cosme y San Damián, los Santos Anargyros, gemelos en la fé y en la medicina y e nel martirio; Santa Lucía y Santa Clara, a quienes la veneración eligen como protectoras de la vista; San Blas, venerado com Patrón de los enfermos de la garganta; Santa Apolonia, a quién recurren los enfermos en sus dolores de muelas; Santa Agata, Patrona de las madres lactantes; San Erasmo, que recoge las oraciones de los afectos de dolores intestinales, cólicos, etc; San Roque, el incansable peregrino, que en el curso de una de estas peregrinaciones asiste en Roma a los enfermos de una terrible epidemia de peste y que hoy es invocado en el mundo entero contra esta enfermedad; San Leonardo, médico de los locos, que se llamaron en muchos tiempos: "Prisioneros de San Leonardo"; San Pantaleón, el único que con San Lucas, San Cosme y San Damián, es señalado en los santorales más antiguos.

Más este aspecto de la vida de San Lucas, ha sido olvidado de los artistas aplastados por la arrolladora fuerza de su faceta evangelista; el primero de los Santos Médicos en la cronología es poco conocido como tal, y su iconografía ha sido más bien orientada hacia el Evangelista que hacia el Médico. Como Evangelista el mundo está lleno de inspiradas y emotivas creaciones: Bayeu y Subias, Paeter van Mol, Rubens, Zurbarán, etc. . . ., por no citar outros muchísimos, plasman en sus pinceles y sus buriles la materialización interpretativa quién vieron como Evangelista de delicadeza y suavidad penetrante.

Muy pocas imágenes hay en el mundo que nos presenten a San Lucas como Médico. Sin pretender que no existan otras, me limito a reseñar, por lo que a mi me impresionó, la que está en el Museo de Amberes, atribuida a Lucas de Leyden; San Lucas escribiendo, sobre un fondo en el que se ven varios frascos, la actitud preocupada, de un realismo extático, de bellísimos colores, es un cuadro ambicioso de riquezas y valores, Henry Martin, en el tomo correspondiente de la colección "L'Art et les Saints", (Paris, 1927), quiere ver en esta interpretación la faceta médica de Lucas (por los frascos, que él dice son atributos profesionales) y su nexo con la faceta evangelista (por su escritura, que según dicho crítico representale escribiendo el Evangelio); teoría que unicamente su

autor nos podría aclarar, pero que lo cierto es que la interpretación es muy libre y sujeta a numerosas respuestas.

Por ello, cuando tan buenas y tantas famosas manos interpretaron a Lucas el Evangelista, en la pintura, la escultura y la talla, es por lo que considero única la tabla ubicada en el Museo del Prado, de Madrid, en que ciertamente está plasmada esta faceta; y choca además que estas manos creadoras de tan bella y magnífica tabla, como si supiesen de la humildad de la Medicina, de la abnegada y callada misión del discípulo de Esculapio, guarda el anonimato. En el catálogo del Museo citado, del Prado, de Madrid, se relaciona, con el número 1327, una tabla de $0,95 \times 0,55$, llena de sencilla belleza de rica factura pictórica, que lástima grande es que en la actualidad no esté expuesta en ninguna de las salas de este importante Museo. La tabla de expresiva profesionalidad médica, ofrece al ojo del espectador al Santo Médico operando con un bisturí en la cabeza de un paciente; la "clínica" está interpretada por los libros y el instrumental médico, profusamente distribuido; a la izquierda un hombre con holapandas doctorales conduce a un niño con la cabeza vendada; detrás un joven con un apósito análogo; a su lado un personaje calvo arquejado por tan fuerte dolor y tan animicamente expresado que instintivamente las sienes se nos arrugan, la frente nos pesa, e, imitando al paciente de la tabla, nos llevamos la mano a la cabeza en busca de la sedación, sedación que encontramos al continuar contemplando la tabla, obra maestra del género, en la que otro paciente muestra cortada la muñeca en términos tan graves u aparatosos que, gran milagro de la pintura y de los pintores, el radio y el cúbito se han transformado en un solo hueso por el que asoma trémola la médula ósea (esta es una de las razones que nos mueven a negar la paternidad de la obra a un médico aragonés del Siglo XIV, como algunos pretendieron, ya que no es concebible tal error anatómico en un médico de aquellas fechas); al fondo, dos personajes sentados a la manera morisca, aunque no vendados.

Es indudable que esta excepcional obra es de la misma mano que los restos de un retablo que perteneció a la colección Retana, y que Ch. Post atribuyó al pintor aragonés de principios del Siglo XV Juan de Levi, o a su círculo artístico, de pura escuela aragonesa; siendo muy probable que hubiese formado parte de dicho retablo.

La escena representada está impregnada del anímico encanto de lo ingenuo y de lo devoto que mueve a la contemplación. Soberbia tabla, "espectáculo de vida", que muestra las miserias del cuerpo y la grandeza del alma puestas en las manos de la Medicina. Gracias demos a su autor por crearla y darnósla a contemplar y observar, porque observar es vivir, evolucionar e incluso prosperar y corregir; y contemplar es sublimación, alejamiento y abandono; y cabe preguntarse si estas cualidades no son propias de los médicos de todas las razas y países.

O maior espectro anti-bacteriano !

ESTREPTO QUEMICETINA

CARLO ERBA



A única associação a base de cloranfenicol e estreptomicina administrável
por via parenteral, garantindo a ação contemporânea dos dois anti-
bióticos:

ação bacteriostática do cloranfenicol

+ *ação bactericida da estreptomicina*

principalmente nas:

Estafilococcias
Osteomielites
Pneumopatias e Empiomas tuberculosos
Coqueluche
Infecções urinárias
Febre tifoide — Bruceloses

Frasco-ampôla com 1 g de Caf, 0,250 g de estreptomicina base e 0,250 g
de dihidro-estreptomicina base.

Frasco-ampôla com 0,250 g de Caf, 0,0625 g de estreptomicina base e
0,0625 g de dihidro-estreptomicina base.



Carlo Erba do Brasil S.A.
Indústria Químico Farmacêutica

Avenida Conselheiro Rodrigues Alves, 3465, Brooklin Paulista
Fone: 61-0998 — Caixa Postal, 21.006 — SÃO PAULO

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Crt
Capa externa (12 x 19 cm) por vez	7.000,00
Capa interna (12 x 19 cm) por vez	6.500,00
1 página (12 x 19 cm) por vez	6.000,00
½ página (9 x 12 cm) por vez	3.500,00
¼ página (9 x 5,5 cm) por vez	2.500,00
Encarte por vez	4.000,00

LIO PREFISOL

EXTRATO DA HIPÓFISE ANTERIOR LIOFILIZADO

Contém os hormônios elaborados pelo lobo anterior
da glândula hipofisária bovina em forma liofilizada.

- * Desenvolvimento somático retardado
- * Distrofia adiposo-genital
- * Hipogonitalismo masculino da idade pré-puberal
- * Magreza hipofisária
- * Pan-hipopituitarismo
- * Caquexia hipofisária

APRESENTAÇÃO: Frasco-ampola com 60 U.P.

OPOTERÁPICA NESPA S/A.

Rua França Pinho, 616/628 — Tela: 7-8902/7-1804

SÃO PAULO, BRASIL

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRÁULIO COMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

Se em 1941, a "equipe de Oxford"...

tivesse produzido uma penicilina ativa por via oral, reservar-se-ia o uso de penicilina por via parenteral aos mesmos casos raros das tetraciclina injetáveis...

A administração de penicilina por via oral é mais prática, mais cômoda e não oferece os perigos das injeções de penicilina particularmente os da penicilina procaina...

Mas, administrada por via oral, a penicilina precisa resistir à acidez gástrica e à penicilinase intestinal. Em suma, a penicilina deve alcançar níveis sanguíneos elevados e prolongados. Estes requisitos são encontrados no

STEGCILIN,

que resolveu, enfim, o problema da penicilinoterapia oral.

Amostras e Literatura

LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 — São Paulo.

Fone : 31-3971

